UNIVERSITE DE BORDEAUX. — FACULTÉ DE DROIT

L'ORDRE DES MÉDECINS

ET LE

CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT

Soutenue devant la Faculté de Droit de Bordeaux
le samedi 21 Mars 1942, à 16 heures 30

PAR

René FOURNIER

Docteur en Médecine
Ancien Interne
Lauréat des Hôpitaux de Bordeaux

BORDEAUX
IMPRIMERIE BIÈRE
18, Rue du Peugue, 18
—
1942

FACULTÉ DE DROIT

FOURNIER (René)

L'Ordre des médecins et le Code de déontologie médicale. — Bordeaux, impr. Bière, 1942. In-8°, II-123 p.

(*Thèse Droit. Bordeaux. 1942*)

FOURNIER (René)

L'Ordre des médecins et le Code de déontologie médicale. — Bordeaux, impr. Bière, 1942. In-8°, II-123 p.

(*Thèse Droit. Bordeaux. 1942*)

FOURNIER (René)

L'Ordre des médecins et le Code de déontologie médicale. — Bordeaux, impr. Bière, 1942. In-8°, II-123 p.

(*Thèse Droit. Bordeaux. 1942*)

FOURNIER (René)

L'Ordre des médecins et le Code de déontologie médicale. — Bordeaux, impr. Bière, 1942. In-8°, II-123 p.

(*Thèse Droit. Bordeaux. 1942*)

UNIVERSITE DE BORDEAUX. — FACULTÉ DE DROIT

L'ORDRE DES MÉDECINS

ET LE

CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT

Soutenue devant la Faculté de Droit de Bordeaux

le samedi 21 Mars 1942, à 16 heures 30

PAR

René FOURNIER

Docteur en Médecine

Ancien Interne

Lauréat des Hôpitaux de Bordeaux

BORDEAUX

IMPRIMERIE BIÈRE

18, Rue du Peugue, 18

—

1942

FACULTÉ DE DROIT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Doyens honoraires : FERRON, ✻, ✪ I., FERRADOU ✻, ✪ I.

Professeurs honoraires: MM. LESCURE ✻ ✪ I.; NOAILLES ✻ ✪ I.; BENZACAR, ✻, ✪ I.; MARGAT ✪ I. PIROU ✻ ✪ I.

BONNARD, ✻ ✪ I., ✻, Doyen, professeur de *Droit administratif*, chargé d'un cours de *Droit constitutionnel comparé* (Doctorat).

PALMADE, ✻ ✪ A. ✻, professeur de *Droit commercial.*

VIZIOZ, ✪ I., Assesseur du Doyen, professeur de *Procédure civile*, chargé d'un cours de *Droit civil comparé* (Diplôme d'études supérieures) et d'un cours de *procédure civile et voies d'exécution* (Capacité).

POPLAWSKI, ✻ ✪ I., professeur de *Droit criminel*, chargé d'un cours de *Législation industrielle* (Licence) et d'un cours de *droit criminel* (Capacité).

BOYÉ ✻, ✪ I., ✻, professeur de *Droit romain.*

BIBIÉ, ✻, ✻, professeur de *Droit international public*, chargé d'un cours de *Droit public* (Capacité).

REGLADE, ✪ I., professeur de *Droit constitutionnel et administratif*, chargé d'un cours de *droit international privé* (Licence).

GARRIGOU-LAGRANGE, ✪ A, professeur d'*Économie politique* et *Science financière*, chargé d'un cours de *Législation coloniale* (Licence).

HUBRECHT, ✪ I, professeur d'*Histoire du Droit* (doctorat), chargé d'un cours de *Droit romain* (Licence 2e année).

LABORDE-LACOSTE, ✻, ✪ I., professeur de *Droit civil*, chargé d'un cours d'*Enregistrement* (Licence).

BRETHE DE LA GRESSAYE, ✪ I., professeur de *Droit civil*, chargé d'un cours de *Droit civil approfondi* (Doctorat).

BERNARD, agrégé, chargé d'un cours de *Droit romain* (Licence 1re année) et d'un cours de *Pandectes* (Doctorat).

MORIZET, chargé de cours (*Économie politique*).

DE JUGLART, chargé de cours (*Droit privé*).

BOUVIER-AJAM, chargé de cours (*Économie politique*).

ELLUL, chargé de cours (*Droit romain*).

M. ARTIGUELONG, ✪ I, *secrétaire.*
Mme COSTES, ✪ I., *secrétaire-adjointe.*
Mme SOUBIE, ✪ A, *bibliothécaire.*

COMMISSION DE LA THÈSE

M. POPLAWSKI, *professeur* ..... *Président.*
M. MAURIAC, *doyen de la Faculté de Médecine*.. } *Suffragants*
M. BONNARD, *doyen de la Faculté de Droit* .... }

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

AVANT-PROPOS

L'Ecole médicale bordelaise a toujours tenu une place importante dans les discussions relatives à la création de chambres disciplinaires ou d'Ordres des médecins, dont l'idée fut défendue par J.-B. de Saincric, en 1825, par Lalesque (d'Arcachon) et Lassalle (de Lormont), dès 1884. Le professeur Henri Verger, dont la conférence de Saint-André-de-Cubzac, du 24 juin 1923, est un monument de l'histoire de l'Ordre, consacra sa claire intelligence et son robuste bon sens à cette question. Il fut l'un « des champions de l'idée et des créateurs de textes », entouré de partisans notoires que nous ne citerons pas, parce qu'ils sont trop nombreux et pour la plupart encore parmi nous.

Il était donc naturel qu'un médecin formé à l'école bordelaise apportât une modeste contribution à l'œuvre traitée par ses maîtres avec éclat.

Que Monsieur le professeur Poplawski trouve ici l'hommage de notre reconnaissance d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse inaugurale.

Chapitre I

DE L'EVOLUTION DU PROBLEME DE L'ORDRE DES MEDECINS

L'honneur et la morale professionnels des médecins sont aux siècles passés l'objet de leur sollicitude. Mais, sous l'Ancien Régime, on ne constate aucune unité. Les Facultés défendent la profession et ses règlements : les médecins sont sous la dépendance étroite de l'Université. Par malheur, celle-ci discrédite par ses ridicules querelles scientifiques (ex. l'émétique) un rôle moral de premier plan. Il est incontestable que les Facultés « surent maintenir à un niveau élevé les traditions d'honneur et de dignité... que leur influence fut d'ailleurs telle que les règles déontologiques qu'elles avaient édictées subsistèrent après leur disparition et que c'est seulement à la fin du siècle dernier qu'on vit des médecins les méconnaître » (V. Balthazard). A partir du XVI[e] siècle sont créés, dans les villes dépourvues de Faculté, les collèges de médecins chargés de veiller sur la santé publique et de maintenir l'honneur et la dignité de la profession. Enfin, partout ailleurs, l'exercice de la médecine n'implique pas l'agrégation à un corps. Il existe donc une assez grande diversité, due sans aucun doute à des raisons profondes, comme la dispersion des membres de la profession médicale. Il convient d'insister sur l'heureuse action des Facultés et collèges au point de vue de la moralité professionnelle. Très vite après leur disparition,

commune à tous les groupements professionnels, dans la tourmente révolutionnaire, on assiste à des tentatives de restauration d'un pouvoir disciplinaire médical.

Dès 1825, le médecin bordelais Saincric attache son nom à un projet d'Ordre des médecins. Vers la fin de 1847, la Chambre des Pairs vote un premier projet, établi, présenté et soutenu par le ministre de l'Instruction publique, M. de Salvandy, projet très étroitement inspiré du rapport du Dr Cerise, adopté par le grand Congrès de 1845. Déposé en janvier 1848 à la Chambre des Députés, ce projet disparaît par suite de la révolution de février. L'idée d'une juridiction corporative étendue et légale s'estompe alors. La loi du 21 mars 1884, sur les syndicats, paraît devoir apporter la solution. Une quarantaine de syndicats médicaux locaux fonctionnent depuis 1881 et il semble que très vite tous les médecins entreront volontairement dans les cadres syndicaux expressément consacrés, depuis, par l'art. 13, L. 30 novembre 1892. Cependant, ce problème d'une juridiction corporative disciplinaire continue de susciter un vif intérêt et d'âpres controverses dans le monde médical, avec quelques échos au parlement. Dans une revue rapide, il faut citer les principales interventions. 1884 : projet du Dr Mougeot à la Société des médecins de l'Aube; discussions à l'Association des Médecins de France. 1892 : projet du Dr Dignat, présenté le 25 fév. à la Société de Médecine Pratique de Paris; discours de Buffet au Sénat. 1898 : rapport du Dr Lalesque, d'Arcachon, à l'Association générale des Médecins de France. Juillet 1900, au Congrès international de Médecine professionnelle et de déontologie, rapports des docteurs Couvreur, Brunon, Lassalle, Dignat. 1919 : thèse de doctorat en droit du Dr Paul Boudin, hostile à la création de l'Ordre. 1922 : rapport du Dr Degny, à la section médicale de la confédération de l'Intelligence et de la Production françaises. En 1923, on entre dans la phase active qui fut

bien près d'être décisive : 10 janvier, rapport du Dr Aversencq, au Syndicat de Toulouse et, 24 juin, conférence de Saint-André-de-Cubzac du professeur Henri Verger, « les champions de l'idée, puis les créateurs des textes » (Dr Cibrie) ; 15 mai, dépôt à la Chambre de la proposition de loi de M. Xavier Vallat; 20 octobre, conférence du professeur Okinczic. Discussions et études approfondies se succèdent à l'Union des Syndicats médicaux et à la Fédération nationale des Syndicats médicaux français. Le 5 mars 1929, M. Loucheur, ministre du travail, annonce le prochain dépôt d'un projet de loi sur l'Ordre des Médecins. L'application de la loi sur les assurances sociales rend alors plus pressante la nécessité d'une juridiction professionnelle. Le professeur Balthazard, président de la Confédération des Syndicats médicaux français, présente une importante communication à l'Académie de Médecine le 9 avril 1929. La Commission chargée de l'examen, sur le rapport de MM. Legendre et Georges Brouardel, soumet le 11 juin 1929 un projet de vœux concluant à la création de « chambres médicales régionales et d'une chambre centrale chargées de faire respecter les principes de déontologie proposés par l'Académie; et disposant de sanctions allant jusqu'à l'interdiction temporaire de l'exercice de la médecine ». L'Académie, du reste, s'abstient de prendre parti sur l'opportunité de l'Ordre et se borne à voter, le 29 octobre, un vœu tendant à l'enseignement régulier et obligatoire de la déontologie et au serment de la respecter lors de la soutenance de thèse... De leur côté, la Société de Médecine légale et la Société générale des prisons et de législation criminelle consacrent à cette question leurs importantes séances communes des 24 juin et 14 octobre. Le 10 février 1930, à la Société de Médecine légale, le rapport sur l'Ordre des Médecins, présenté par M. Cl. Charpentier aboutit à l'adoption du texte de M. Liouville (qui avait étudié déjà la matière à la demande de l'Associa-

tion générale des Médecins de France). La Société d'Etudes Législatives, d'autre part, a constitué en janv. 1930 une commission de l'Ordre des Médecins, dont le rapport, discuté à la séance du 23 mai, conclut à l'opportunité de la création de l'Ordre. La Société adopte finalement, le 27 juin 1930, le projet Liouville remanié.

La Confédération des Syndicats médicaux français, à sa deuxième assemblée générale, le 2 juin 1929, a déjà voté l'Ordre du jour suivant : « ...Considérant que, seule, la profession obligatoirement organisée peut être la fidèle gardienne de la moralité professionnelle, se déclare partisan de la création d'un Ordre des Médecins... » et elle a adopté le projet établi par la commission de Droit syndicaliste, texte clair et bref, en dix articles, rapporté par MM. Verger et Clavelier. En janvier 1932, les propositions jointes de MM. Vallat et Lefbvre sont mises à l'étude de la commission d'hygiène de la Chambre, ainsi que le texte Liouville, qui sert de base aux discussions de la Commission. La proposition de loi, rapportée par le Dr Le Cacheux, député de la Manche, est adoptée sans discussion le 9 décembre 1932. L'assemblée générale de la Confédération de décembre 1932 l'approuve. La proposition de loi est rapportée au Sénat par le Dr Gadaud. Elle vient en séance publique le 25 janvier 1934, à peine retouchée. Après un premier renvoi pour un motif insignifiant, le renvoi à la commission est prononcé le 16 mars 1934, sur amendement de M. Gasnier-Duparc, tendant à porter l'appel devant la Cour d'appel elle-même. Le 14 février 1935, le Sénat adopte un texte transactionnel de M. Labrousse. Revenue à la Chambre, la proposition de loi est retirée de l'ordre du jour de la commission de l'hygiène, malgré les efforts du Dr Le Cacheux, le 22 juillet 1936. Ainsi échoue l'institution parlementaire de l'Ordre des Médecins. La création est à la veille d'être réalisée par décret-loi en juillet 1939, mais le gouvernement y renonce, sous la pression du Syndi-

cat des médecins de la Seine, dont l'initiative, « acte d'indiscipline grave » est d'ailleurs sévèrement jugée par la grande majorité du corps médical. Sous sa dernière forme législative, la loi comportait trois articles, incorporés à la loi du 30 novembre 1892, par addition de deux paragraphes à l'art. 1er (1er art.) ; par modification ou addition aux articles 6, 10, 16 (art. 2) et adjonction d'un titre VII intitulé « Ordre des Médecins », comprenant quatorze articles numérotés à la suite de 37 à 50 (art. 3). Cette proposition, très étudiée, est détaillée. Nous résumerons brièvement les traits essentiels du texte.

Nul ne peut exercer la médecine sans être inscrit au tableau d'un Ordre de médecins, sauf les médecins militaires. Les médecins de chaque département forment un Ordre ayant son siège au chef-lieu. Chaque Ordre est administré par un président, assisté d'un conseil d'effectif proportionnel à celui des inscrits, élu à la majorité par l'assemblée générale des médecins inscrits au tableau depuis trois ans au moins. Le conseil de l'Ordre statue sur les demandes d'inscription au tableau. Il veille au maintien des principes de probité et de dévouement parmi les membres de l'Ordre. Il s'occupe des questions intéressant l'exercice de la profession de médecin. Le conseil de l'Ordre départemental n'a pas le pouvoir de juridiction. Il introduit l'instance et saisit aux fins de jugement le conseil de discipline de l'Ordre. La juridiction de première instance est constituée par le conseil de discipline formé de sept ou neuf juges, appartenant à deux ou trois départements du même ressort de Cour d'Appel (le président de l'Ordre et des conseillers désignés par le Conseil, dans chaque département). Les peines disciplinaires sont : l'avertissement, la réprimande, l'interdiction temporaire ou permanente d'exercer une, plusieurs ou la totalité des fonctions médicales conférées ou rétribuées par l'Etat, les départements, les communes, les établissements publics ou re-

connus d'utilité publique, ou des fonctions médicales accomplies en application des lois sociales; l'interdiction temporaire (un an au plus) d'exercer la médecine; la radiation du tableau de l'Ordre (art. 43). Le médecin radié ne peut se faire inscrire au tableau d'un autre Ordre. Il ne peut donc plus exercer la médecine sur le territoire français. Les décisions des conseils de discipline doivent être motivées. Elles peuvent être frappées d'appel, dont l'effet est suspensif, par les médecins intéressés, le doyen de la Faculté de Médecine ou le directeur de l'Ecole de plein exercice du ressort de la Cour d'Appel et le procureur général. La composition de la juridiction d'appel (art. 46) fut la pierre d'achoppement. Les médecins acceptaient la composition suivante : deux conseillers à la Cour d'Appel, dont l'un présiderait le conseil régional; un professeur de la Faculté ou de l'Ecole du ressort et quatre médecins élus pour six ans au scrutin majoritaire. A la suite du vote de la proposition transactionnelle sur l'amendement du sénateur Gasnier-Duparc, déférant l'appel à la Cour d'Appel elle-même, le nouvel art. 46 fixe la composition du conseil régional à : trois conseillers à la Cour d'Appel, l'un d'eux faisant fonction de président et ayant voix prépondérante en cas de partage des voix; trois médecins élus pour six ans au scrutin majoritaire. Les médecins ne disposent donc plus de la majorité. Or, pour eux « l'appréciation des fautes professionnelles, des fautes surtout déontologiques, doit être réservée aux professionnels. La matière est trop délicate. Il faut, pour y toucher, le doigté d'un praticien, nourri depuis longtemps des principes mêmes de l'exercice de la médecine, la connaissance des états d'âme, celle, bien exacte, des difficultés rencontrées. L'appréciation — à base d'indulgence — est faite ici souvent de nuances qui ne peuvent être perçues que par des yeux exercés; certains sentiments ne peuvent être compris que par ceux-là même que la vie professionnelle

a souvent mis en présence de cas de conscience comparables » (Dr Cibrie). La méfiance, sinon l'hostilité, procédant de ce point de vue, cristallisée autour de l'art. 46, fut le principal obstacle à la réalisation de l'ordre, souhaitée en définitive par les milieux médicaux (Ordre du jour du 2 juin 1929 de l'assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français).

La plupart des pays étrangers ont d'ailleurs réalisé, sous des modalités variées, l'institution de juridictions professionnelles. En Grande-Bretagne, le Medical Act de 1858 a institué le « General Council of Medical Education and Registration of united Kingdom » qui tient à jour le registre des médecins et peut en rayer ceux qui, suivant les termes de l'art. 29, sont convaincus de « infamous conduct in any professional respect ». En Allemagne, diverses lois et ordonnances, à partir de 1887 (Prusse), ont institué des chambres de discipline et des tribunaux d'honneur. La loi du 13 décembre 1935, constitue un véritable code des médecins, « Reichsartzeordnung ». En Italie, les Ordres de « sanitaires » existent depuis 1894. Leur organisation a été modifiée en 1928 et 1929, pour leur donner l'empreinte du régime fasciste. En Espagne, les statuts du « Colegio de Medicos » datent du 6 décembre 1917. Une loi du 22 décembre 1891 avait créé des chambres médicales en Autriche-Hongrie. Un collège médical fonctionne au grand-duché de Luxembourg (L. 6 juil. 1901). Il existe cinq collèges médicaux et un collège central aux Pays-Bas, depuis 1928. Une organisation disciplinaire fonctionne aussi dans certains cantons suisses, au Canada, aux Etats-Unis (State Boards ou conseils d'Etat professionnels). Enfin, la Belgique a créé l'Ordre des Médecins par la loi du 25 juil. 1938, suivie de l'arrêté royal d'application du 23 mai 1939. Très récente, très étudiée, offrant de grandes affinités avec la proposition de loi sénatoriale du 14 fév. 1935, la loi belge est très intéressante à consulter, et il y sera fait des allusions assez fréquentes dans ce travail.

La loi du 7 octobre 1940, terme d'une longue évolution, donne enfin aux médecins l'organisation en suspens, qu'elle réalise d'une manière très sensiblement différente à certains égards des projets antérieurs. La loi du 7 oct. 1940 est modifiée et complétée par LL. 2 août, 26 nov. et 31 déc. 1941. Très brève, et d'une rédaction plus hâtive que juridique, cette loi comprend trois titres : I. Section I. Du Conseil Supérieur. Section II. Des conseils départementaux. — II. Du tableau et de la discipline. — III. Dispositions générales. Nul ne peut exercer la médecine s'il n'est habilité à cet effet par un conseil professionnel dit conseil de l'Ordre des Médecins (art. 1er). Il est créé auprès du ministre, secrétaire d'Etat à l'Intérieur, un conseil supérieur de l'Ordre des Médecins (art. 2), composé de douze docteurs en médecine, nommés par décret, parmi lesquels sera choisi le président, dont la voix, en cas d'égalité de suffrages, sera toujours prépondérante. Un membre du Conseil d'Etat exerce, auprès d'eux, les fonctions de conseiller juridique. Le conseil est renouvelable par tiers tous les deux ans (art. 3). Il se réunit au moins une fois par trimestre. Il maintient la discipline intérieure et générale de l'Ordre. Il assure le respect des lois et règlements qui le régissent. Il a la garde de son honneur, de sa morale et de sa probité (*probité* est substituée à *intérêts*, par l'art. 1er L. 31 déc. 1941). Il fait tous règlements d'ordre intérieur nécessaires pour atteindre ces buts. Il délibère sur les affaires soumises à son examen. Il est l'interprète des médecins auprès des pouvoirs publics. Le règlement intérieur du Conseil Supérieur sera fixé par un règlement d'administration publique, et le statut de la profession médicale, dit « Code de déontologie », par décret en Conseil d'Etat, sur proposition du Conseil Supérieur, (addition de l'art. 1er, L. 31 déc. 1941) (art. 4). Au chef-lieu de chaque département est établi un Conseil de l'Ordre des médecins (art. 5) composé de 5 à 15 mem-

bres, renouvelables par tiers tous les deux ans, choisis parmi les médecins exerçant leur art sur le territoire du département, nommés par le ministre, secrétaire d'Etat à l'Intérieur, sur la proposition du Conseil Supérieur de l'Ordre, auprès desquels le bâtonnier de l'Ordre des avocats, ou son délégué par acte exprès, exercera les fonctions de conseiller juridique (art. 6). Le Conseil surveille l'exercice de la médecine dans l'étendue de son ressort, examine les problèmes qui s'y rapportent et peut en saisir le conseil supérieur (art. 7). Le conseil départemental dresse le tableau de l'Ordre départemental (art. 8), prononce l'inscription après vérification des titres du demandeur et peut la refuser par décision motivée si les conditions requises de moralité n'apparaissent point réunies. Appel de cette décision peut être porté devant le conseil supérieur qui statue, sauf recours pour excès de pouvoir devant le conseil d'Etat (art. 9). Les médecins prêtent serment, devant le conseil de l'Ordre, d'exercer leur art avec conscience et probité lors de leur inscription (art. 10), qu'ils doivent demander au conseil du département où ils sont établis, sans préjudice du droit à l'exercice sur l'ensemble du territoire (art. 11). Le conseil départemental appellera à sa barre les médecins qui auraient manqué aux devoirs de leur charge, soit à la requête de l'un de ses membres, en comité secret, soit sur injonction du ministre, secrétaire d'Etat à l'Intérieur, le conseil supérieur entendu (art. 12). Les médecins sont déliés du secret professionnel à l'égard des conseils de l'Ordre (art. 12 *bis*, ajouté par art. 2 L. 31 déc. 1941). Les membres des conseils et les personnes au service de ces organismes sont tenus au secret dans l'exercice de leur mandat ou de leur service. (art. 12 *ter*, ajouté par art. 3 L. 31 déc. 1941). Le conseil départemental pourra prononcer : un blâme en chambre du conseil; un avertissement public, avec inscription au dossier personnel; une suspension d'une durée maximum

d'un an; l'interdiction à toujours d'exercer la médecine, comportant radiation du tableau (art. 13). L'appel des décisions disciplinaires est ouvert devant le conseil supérieur qui statue, sauf recours pour excès de pouvoir devant le conseil d'Etat (art. 14). L'action disciplinaire ne met pas obstacle aux poursuites que le ministère public ou les particuliers voudraient intenter devant les tribunaux judiciaires en matière pénale ou civile (art. 15). Le conseil départemental assure dans son ressort la défense des intérêts matériels de l'Ordre, en gère les biens, et fixe, d'accord avec le conseil supérieur, le montant des cotisations qui devront être versées par les membres de l'Ordre (art. 16). Le règlement intérieur du conseil départemental sera fixé par un règlement d'administration publique rendu après avis du conseil supérieur (art. 16 *bis* ajouté par art. 4 L. 31 déc. 1941). L'article 17 interdit aux médecins de se grouper en associations syndicales régies par le livre III Code du Travail. Les syndicats existants sont déclarés dissous et leur patrimoine sera dévolu aux organismes de coopération, de mutualité, d'assistance ou de retraite qui seront créés dans chaque département par les conseils de l'Ordre après avis du conseil supérieur, au bénéfice des médecins et de leur famille. Placés sous séquestre, ces biens seront liquidés sans frais dans un délai de deux mois et transférés au conseil départemental de l'Ordre. Conseil supérieur et conseils départementaux seront dissous de plein droit et remplacés par des conseils élus à l'expiration de l'année qui suivra la promulgation de la présente loi. Les modalités de l'élection et l'étendue des circonscriptions assignées à ces conseils élus seront fixées par des règlements d'administration publique (art. 18 primitif). La dissolution est ajournée à une date indéterminée, fixée par décret contresigné du garde des sceaux et du secrétaire d'Etat à la famille et à la santé par L. 2 août 1941 et L. 26 nov. 1941 décide que jusque-là les conseils se-

ront renouvelables annuellement par tiers désigné au tirage au sort effectué par le conseil supérieur pour les conseils départementaux et par le secrétaire d'Etat à la famille et à la santé pour le conseil supérieur.

Cette loi du 7 oct. 1940 n'a pas eu pour but de superposer l'Ordre aux organismes médicaux préexistants. Elle a procédé par substitution brusque, sans nuances ni transitions, et elle a voulu édifier l'institution de l'Ordre sur la table rase. Elle liquide le passé par l'interdiction des associations syndicales et la dissolution des syndicats des médecins. La loi belge maintient les syndicats. La proposition sénatoriale du 14 fév. 1935 les maintenait aussi et le rapporteur au Sénat « n'ignorant rien des ardentes controverses soulevées par ce point particulier », dans son exposé des motifs définissait et délimitait les champs respectifs de l'Ordre et du syndicat, en termes très clairs. « Le Syndicat n'est pas obligatoire. Nul n'est forcé d'y entrer. Il est libre. C'est sa force, et son besoin de recrutement le tient en perpétuelle vigilance. Mais c'est aussi sa faiblesse, quand il veut assurer le respect des devoirs de morale professionnelle. Il ne peut en effet toucher tous les médecins. Même vis-à-vis des syndiqués, il manque de sanctions. Lui échappent, d'ailleurs, n'étant pas syndiqués, ceux-là mêmes qui s'éloignent le plus de la discipline morale de la profession. Au contraire, l'Ordre est obligatoire. Tous les praticiens doivent être inscrits au tableau et, pour être admis dans l'Ordre, s'engager à respecter ses règles. Il a à sa disposition des sanctions légales. Ainsi la notion de droit disciplinaire qui s'inscrit déjà dans les faits, mais d'une façon précaire et inefficace avec le syndicat libre, devient une réalité avec l'Ordre. L'Ordre ne saurait donc se confondre avec le Syndicat. Il ne faut même pas que la confusion s'établisse. L'Ordre aura, dans le corps médical, un rôle éminent et spécialisé. Il s'alourdirait en absorbant le Syndicat. Il se stériliserait en se laissant

absorber par lui. Il accroîtra au contraire son action et son autorité en différenciant sa fonction de la fonction syndicale, et en restant sur le terrain des devoirs professionnels... Nous concevons que l'Ordre des Médecins doive être, au-dessus de toutes les personnes, et de tous les groupements, le mainteneur de la règle professionnelle — en dehors, bien entendu, de l'application de la science médicale — et le cas échéant, le tribunal chargé de sanctionner les manquements à cette règle. » Malgré la valeur de ces arguments, il était aisé de répondre que l'article 41 « confie au conseil de l'Ordre le soin de s'occuper des questions intéressant l'exercice de la profession médicale; cet Ordre a de plus des biens à gérer ; il a la même capacité civile que celle que le livre III du Code du travail octroie aux syndicats. Il peut créer, ou subventionner toutes œuvres intéressant la profession médicale. Et l'article 43 de souligner à son tour que, lorsque le conseil de l'Ordre siège comme conseil de discipline, il peut appliquer des pénalités; ce qui veut dire que les fonctions du dit conseil ne se bornent pas à remplir un rôle disciplinaire et judiciaire; mais qu'il peut employer son activité dans tous les domaines intéressant l'exercice de la profession de médecin (art. 41). D'où de nombreux conflits en perspective entre les membres du conseil de l'Ordre, dans un département et les dirigeants du ou des Syndicats locaux... » (Dr Boudin).

Dès lors que la mission de l'Ordre n'était pas limitée au seul domaine de la morale professionnelle — conception la plus haute et peut-être la meilleure — il était dans la nature des choses qu'une évolution plus ou moins rapide aboutît à l'absorption des syndicats par l'Ordre, malgré que la charge des intérêts matériels de la profession dût incontestablement alourdir l'institution et en diminuer quelque peu la noblesse. La dissolution des Syndicats n'a eu pour effet que de réaliser d'emblée, non sans rudesse, le résultat final.

La réforme introduite par la loi du 31 déc. 1941, dont l'art. 1er retranche la défense des intérêts matériels du corps médical des attributions du conseil supérieur, tendrait à lui restituer la noblesse désintéressée d'un pur rôle disciplinaire et moral. Mais le conseil supérieur demeure auprès des pouvoirs publics l'interprète des conseils départementaux chargés d'assurer dans leur ressort la défense des intérêts matériels de l'Ordre, et il devra continuer de délibérer sur les affaires qu'ils lui soumettront. Dès lors, il n'est guère admissible qu'il transmette les vœux, propositions ou protestations des conseils locaux sans y joindre son avis, ce qui le ramènera forcément à envisager les intérêts matériels de l'Ordre. Aussi la portée de la modification semble-t-elle se réduire à une nouvelle source d'obscurité et d'incertitudes.

Chapitre II

DE LA NATURE JURIDIQUE DE L'ORDRE

La nature juridique de l'Ordre est difficile à déterminer, en l'absence de manifestation expresse de la volonté du législateur,qui a négligé de trancher la question. Il est même possible qu'il ne l'ait pas envisagée... La loi belge déclare que l'Ordre « jouit de la personnalité morale » (art. 1er). La loi française implique-t-elle cette personnalité par ses dispositions ? Il faut distinguer, à cet égard, entre l'Ordre lui-même, ensemble des membres de la profession, et les conseils. Dans le silence du texte, dès lors qu'il lui attribue un patrimoine et traite des organes chargés de le représenter, il est rationnel de reconnaître la personnalité morale à l'Ordre. Cette reconnaissance, d'ailleurs, n'a pas d'intérêt pratique, puisque seuls ses organes peuvent agir en son nom. Aux conseils départementaux, la loi paraît accorder les droits attachés à la personnalité morale : patrimoine d'affectation, gestion de ce patrimoine, création d'organismes de coopération, de mutualité et de solidarité, droit d'ester en justice pour la défense des intérêts matériels et moraux de l'Ordre. Toutefois, d'après le texte, les biens que gère le conseil départemental sont ceux de l'Ordre dans l'étendue de son ressort et le législateur a estimé nécessaire de confier les fonctions de coopération, de mutualité, d'assistance et de retraite à des organismes spéciaux,

créés par le conseil après avis du conseil supérieur (obligation du reste dépourvue de toute sanction civile ou pénale) qui, eux, sont forcément dotés de la personnalité civile et fonctionneront en pleine indépendance, selon les normes législatives actuelles. La personnalité ne découle donc pas nécessairement de la structure légale du conseil départemental. Le conseil supérieur possède un rôle consultatif et d'interprète des médecins auprès des pouvoirs publics; un pouvoir réglementaire interne et un contrôle disciplinaire. Aucune de ces fonctions n'implique l'octroi de la personnalité morale. Sans doute, le transfert des biens de la Confédération générale la réalise en fait, mais il reste à prouver que les arrêtés de dévolution sont conformes à la loi qui n'accorde certainement pas une capacité patrimoniale quelconque. L'art. 4, relatif aux attributions du conseil supérieur, bien qu'assez détaillé, est muet à cet égard. Ce silence est encore plus significatif par comparaison aux dispositions afférentes aux biens concernant le conseil départemental contenues dans les articles 16 et 17. L'opinion de certains, tel M. Doublet, maître des requêtes au conseil d'Etat, est formelle : « Le conseil supérieur ne saurait en toute hypothèse posséder la personnalité morale. » Ces auteurs pensent même qu'« il faut, semble-t-il, plutôt voir dans le conseil un organe de la réunion des médecins qu'une représentation d'une personne morale ». Aussi bien, la question même de la personnalité de l'Ordre des avocats, discutée en doctrine, n'a jamais été explicitement résolue.

L'Ordre des médecins est-il une institution de droit public ou de droit privé ? Il est créé, non par l'initiative privée, mais par l'Etat, ce qui constitue pour la doctrine un des critères de l'établissement public. Il est doté de privilèges de puissance publique : groupement obligatoire, avec monopole légal (art. 1er) ; contrainte à l'égard de ses membres (pouvoir réglementaire interne : art. 4) ;

pouvoir de priver un docteur en médecine du droit d'exercer son art (tableau : art. 9 et sanctions disciplinaires : art. 13) ; juridiction disciplinaire (art. 12 et s.). En revanche, ses ressources ne sont pas d'origine fiscale; ses dirigeants, désignés à l'origine par l'autorité publique, seront ensuite soumis à l'élection par leurs confrères. Si le mode de nomination actuel implique une certaine dépendance et permet une action gouvernementale efficace, les pouvoirs reconnus au conseil supérieur sont très larges et le conseil élu jouira d'une véritable autonomie. Il est remarquable en effet que le législateur n'ait prévu aucun contrôle de l'administration centrale, car la formule de l'art. 2 « créé auprès du ministre... » ne signifie « soumis aux directives du ministre » que par une interprétation sans preuves, contredite par la rédaction de l'art. 4. D'ailleurs, l'existence d'une tutelle n'offrirait pas un caractère de certitude, les contrôles prévus par la loi s'exerçant souvent sur des associations privées aussi bien que sur des établissements publics.

Ces considérations n'ont pas qu'un intérêt spéculatif. De la solution découlent des conséquences pratiques très importantes, notamment en matière de capacité juridique. La capacité patrimoniale est expressément accordée par la loi au conseil départemental (dévolution des biens des syndicats dissous et cotisations obligatoires) et à lui seul. Le transfert des biens de la confédération générale au conseil supérieur a été accompli par arrêtés ministériels en marge des dispositions légales positives. Un troisième mode d'acquisition des biens consiste dans les libéralités. La loi est muette sur l'aptitude du conseil départemental à être institué ou gratifié. Cependant, dès lors qu'il est pourvu d'un patrimoine, ce mode d'acquisition ne saurait lui être contesté. Mais selon quelles modalités ? A défaut de solution légale, le régime des libéralités amènera la jurisprudence à donner une inter-

prétation de la nature juridique reconnue à l'Ordre. Le régime des syndicats (Livre III C. Travail, L. 25 fév. 1927, abrogeant L. 21 mars 1884 modifiée par L. 12 mars 1920) était extrêmement libéral, puisqu'ils pouvaient acquérir à titre gratuit, sans autorisation, des biens, meubles ou immeubles (art. 10). Cette capacité spéciale, plus étendue que celle des associations déclarées, ne saurait être attribuée à l'Ordre, sauf stipulation légale, d'autant que l'interdiction faite aux médecins « de se grouper en associations syndicales, régies par le livre III du Code du Travail » (art. 17) suffirait à empêcher l'Ordre d'invoquer les règles de ce même livre III. Les dispositions des articles 910 C. Civ. et 4, 5, 7 L. 4 fév. 1901 devront s'appliquer. Si la jurisprudence assimile l'Ordre à un établissement d'utilité publique, l'autorisation d'accepter les libéralités sera nécessaire dans tous les cas. Elle sera donnée par arrêté préfectoral, ou décret en conseil d'Etat, si la libéralité comporte des immeubles d'une valeur supérieure à 10.000 francs, ou s'il y a réclamation des familles. Si l'Ordre est rangé parmi les établissements publics, les distinctions seront plus complexes. L'autorisation sera donnée par décret en conseil d'Etat s'il y a contestation de validité par la famille. En l'absence de contestation, d'affectation immobilière, de charge ou condition, l'Ordre sera apte à accepter sans autorisation. S'il existe une condition quelconque, il faudra distinguer entre la libéralité à un conseil départemental déterminé — l'autorisation sera alors donnée par arrêté préfectoral — et la libéralité à l'Ordre, collectivité de tous les médecins. Dans ce cas, l'autorisation ne pourra être accordée que par décret en conseil d'Etat, et, comme le conseil supérieur paraît seul susceptible de recueillir pareilles libéralités, la question de sa capacité juridique, dans le silence de la loi, devra être résolue. En outre, en vertu du principe de la spécialité, l'Ordre ne pourra être autorisé à accepter une libéralité grevée d'une charge dont l'exécution le ferait sortir de sa mis-

sion, soit défense des intérêts moraux ou matériels de la profession et fonctionnement d'organismes de mutualité ou d'assistance, au bénéfice des médecins et de leur famille.

En définitive, certains auteurs reconnaissent à l'Ordre et à ses conseils la personnalité morale que d'autres contestent, surtout au conseil supérieur. La plupart attribuent sans hésitation à l'Ordre les caractères d'un établissement public. Une minorité se montre beaucoup plus réticente. Ces divergences s'expliquent par deux raisons. D'une part, « la notion de l'établissement public reste une des plus confuses du droit administratif... dans une période encore récente, c'est elle qui a fourni le plus d'aliments au Tribunal des conflits, par suite d'oppositions de doctrine entre les autorités administratives et judiciaires ». (Me A. Croquez, avocat au conseil d'Etat.) « Aussi ne saurait-elle être tranchée qu'avec des nuances et sans brutalité » (M. G. Defoug). D'autre part, l'imprécision du texte favorise la discussion, non la solution... A s'en tenir aux termes de la loi, il semblerait que l'Ordre, collectivité professionnelle, et ses conseils départementaux, posséderaient la personnalité morale, dont serait dépourvu le conseil supérieur qui, essentiellement caractérisé par son rôle consultatif et son pouvoir réglementaire interne, se présente comme un organisme institué auprès d'une administration centrale, analogue à diverses commissions ministérielles, telles que le conseil supérieur de l'Instruction publique dont « il se rapproche très sensiblement ». Par sa nature juridique, l'Ordre serait voisin des institutions à caractère mixte qui se sont multipliées ces dernières années dans différents domaines, à savoir organisme privé à certains égards, mais collaborant au fonctionnement des services publics administratifs, donc doté de certains attributs de puissance publique. A défaut de manifestation expresse de la volonté du législateur, la jurisprudence devra nécessairement préciser ces notions incertaines.

Chapitre III

DE LA COMPOSITION DE L'ORDRE

Ordre, du latin *Ordo,* signifie étymologiquement *liste.* L'Ordre des médecins est donc la liste, le tableau, selon le terme consacré, des personnes qui exercent la profession médicale. Certains ont argué de la terminologie singulièrement floue de la loi pour prétendre qu'on pourrait soutenir qu'il existe un Ordre des médecins dans chaque département, comme il existe un Ordre des avocats « près de chaque cour d'appel ou de chaque tribunal de première instance ne siégeant pas au chef-lieu d'une cour d'appel » (L. 26 juin 1941, art. 1er). En fait, la terminologie de la loi n'est pas si floue qu'elle permette de soutenir, par des arguments de texte, une opinion manifestement fausse. Toute la rédaction du titre I, Section I. Du Conseil Supérieur, spécialement l'art. 4, prouve, d'une manière catégorique, l'unité de l'Ordre des médecins. Sans doute, à propos des Conseils départementaux, la loi emploie souvent l'expression « conseil de l'ordre des médecins » mais elle renferme aussi la formule « conseil départemental ». Ces deux locutions sont évidemment synonymes et interchangeables. Elles ont la valeur d'abréviations de la formule complète : « conseil départemental de l'Ordre des médecins ». Il est créé un Ordre des médecins unique, composé de tous les docteurs en médecine autorisés à exercer la médecine, habi-

litation dont la traduction concrète consiste dans l'inscription au tableau.

Cet Ordre national est pourvu d'organes : le conseil supérieur et les conseils départementaux.

Le *conseil supérieur* est composé de douze membres docteurs en médecine, actuellement nommés par décret. Il siège à Paris (art. 1er Règl. Int. Cons. sup.). En réalité « créé auprès du ministre, secrétaire d'Etat à l'Intérieur» (art. 2 L. 7 oct. 1940) il devrait logiquement tenir ses séances au siège du gouvernement. Il élit un bureau, composé de deux vice-présidents et un trésorier. Un secrétaire général, assisté d'un secrétaire administratif, lui est attaché (art. 2 Règl. Int.). Il se réunit au moins une fois par trimestre et chaque fois qu'il est convoqué par le président. Il désigne par cooptation un conseil restreint de quatre membres, chargé de l'étude des questions urgentes, ainsi que de celles qui doivent être soumises à l'examen du conseil (art. 3). Ses décisions sont prises à la majorité des voix; en cas de partage, celle du président est prépondérante (art. 5). L'étude des questions importantes peut être confiée à des commissions, dont les membres peuvent être choisis en dehors du conseil (art. 6), qui rédigent des rapports soumis au conseil aux fins de sanction (art. 7). Les délibérations, dont il est tenu registre, sont « strictement » secrètes. Toutefois le conseil peut en admettre la publicité par décision spéciale (art. 8). Les attributions du conseil supérieur (art. 4 de la loi et du règl. int.) sont les unes d'ordre administratif, les autres d'ordre disciplinaire. L'étude détaillée en sera faite dans les chapitres suivants. Le titre II du Règlement Intérieur du Conseil supérieur est consacré aux fonctions des membres du bureau. Elles n'offrent pas de particularités, sinon que le président « a la faculté de réunir un conseil de l'Ordre élargi » par adjonction aux membres du conseil supé-

rieur des présidents et secrétaires généraux ou leurs délégués, en cas d'impossibilité, des conseils départementaux (art. 10). De telles réunions, dont l'effectif atteindra l'importance d'une assemblée — près de deux cents personnes — auront pour but : « l'examen des grandes affaires en cours, la défense des intérêts généraux de la profession, l'étude de toutes mesures d'ordre collectif ». L'art. 15 stipule la gratuité des fonctions de membre du conseil, sauf allocation d'indemnités de vacation pour dépenses de réunions du conseil, enquêtes, missions précises, et remboursement des frais de déplacement et de correspondance.

Le Conseil départemental. — Composé de 5 à 15 membres, selon l'effectif des médecins exerçant leur profession dans les limites du département, «momentanément» désignés par décret du ministre, secrétaire d'Etat à l'Intérieur, sur la proposition du conseil supérieur, parmi les docteurs en médecine exerçant sur le territoire du département, ce Conseil siège au chef-lieu. D'après le Règlement Intérieur (article premier) « il peut être transféré en tout autre endroit si le conseil le décide en raison des circonstances ». De quelles circonstances s'agit-il ? Si le règlement vise un cas de force majeure, donc un transfert temporaire (ex. zone d'opération de guerre...) le conseil supérieur a pris une simple précaution, d'ailleurs superflue. S'il s'agit d'un transfert permanent, pour facilités d'accès à un siège plus central que le chef-lieu, par ex., le règlement se met en contradiction avec les termes formels de la loi (art. 5). La décision du Conseil de la Charente-Maritime d'installer son siège à Saintes au lieu de La Rochelle (comme la cour d'assises) serait illégale, à moins d'un assouplissement de la loi. Le règlement interdit d'installer le Conseil au domicile privé d'un de ses membres ou dans un établissement de soins privé. Le bureau, élu par le conseil,

comprend un vice-président (dix membres ou moins) deux vice-présidents (plus de dix membres) un secrétaire général et un trésorier. Le secrétaire administratif, susceptible d'être pris en dehors du conseil, n'est pas obligatoire (art. 2). Le Conseil se réunit sur convocation du président, et au moins tous les deux mois (art. 3). Les dispositions relatives à la majorité (art. 5), aux commissions (art. 6 et 7), aux délibérations (art. 8 et 9) sont la reproduction du règlement du conseil supérieur. Cependant, une copie des délibérations, certifiée conforme par le Secrétaire général ou le secrétaire administratif, doit être adressée, après chaque session, au secrétariat du Conseil Supérieur. Les attributions (art. 4) également administratives et disciplinaires, seront étudiées aux chapitres suivants. Les fonctions des membres du bureau (titre II, art. 10 à 14) n'offrent rien de particulier. L'art. 15 du règlement du conseil supérieur relatif à la gratuité des fonctions de membre du conseil n'est pas reproduit, sans doute par inadvertance, car il paraît évident que le principe a une portée générale. Une omission est d'autant plus singulière qu'elle porte sur une disposition légale et qu'elle est commune aux deux règlements, à savoir le silence sur les conseillers juridiques. Les règlements ne mentionnent pas, auprès du conseil supérieur, « un membre du conseil d'Etat » et, auprès du conseil départemental, le bâtonnier de l'Ordre des avocats ou l'un de ses confrères, délégué par acte exprès, qui légalement entrent dans l'organisation de l'Ordre, au titre de « conseillers juridiques » (L. 7 oct. 1940, art. 3 § 2; art. 6, § 4 et 5). Nous employons à dessein l'expression entrer dans « l'organisation » et non dans la « composition » des conseils, car le rôle de ces conseillers juridiques se borne à assister les assemblées dont ils ne font pas partie. Ils n'ont pas voix délibérative, mais simple voix consultative sur les points de droit qui leur sont soumis.

L'organisation ci-dessus analysée a un caractère expressément provisoire.

D'après l'art. 18 L. 7 oct. 1940, Conseil Supérieur et Conseils départementaux « dissous de plein droit » devaient être remplacés par des conseils élus, selon des modalités fixées par règlements d'administration publique ainsi que les circonscriptions assignées aux conseils élus, à l'expiration de l'année suivant la promulgation de la loi. D'abord, la dissolution au 31 déc. 1941 a été ajournée à une date indéterminée, subordonnée à un décret contresigné par le garde des sceaux et le secrétaire d'Etat à la famille et à la santé (L. 2 août 1941). Ensuite, jusqu'à la date des élections fixées par décret, les conseils seront renouvelables annuellement, par tiers désigné au tirage au sort effectué par le Conseil supérieur pour les conseils départementaux et par le secrétaire d'Etat à la famille et à la santé pour le conseil supérieur (L. 26 nov. 1941). Si les circonstances de l'automne 1940 rendaient légitime le mode de désignation transitoire des conseils, l'impossibilité de procéder aux élections a disparu. Comme elles ne comportent pas de rapport préliminaire, les LL. 2 août et 26 nov. 1941 permettent toutes les suppositions sur les motifs et le but de cet ajournement. Le crédit des conseils ne peut que s'émousser par la prolongation de ces conditions anormales et l'institution en deviendra la victime, par la défiance puis la désaffection progressive de la masse du corps médical à l'égard des organes de l'Ordre. L'élection par les pairs, en effet, n'est pas une simple faveur, mais un élément intrinsèque de structure d'un Ordre, lié à des facteurs traditionnels, sentimentaux et juridiques. Tradition de l'Ordre des avocats, le modèle séculaire dont le respect s'impose; sentiment des médecins, profondément attachés à désigner eux-mêmes ceux de leurs pairs qui, investis de leur confiance, auront mission de les guider, de les défendre, et surtout le redou-

table honneur de juger leurs défaillances professionnelles; enfin, argument juridique de la représentation, dont est spécialement chargé le conseil supérieur (art. 2 et 4 § 7 L. 7 oct. 1940). « ...Si, au lieu d'élection, il y a nomination par le gouvernement, la représentation n'existe pas... car le recrutement par élection est nécessaire pour qu'il y ait représentation parce que, la représentation étant caractérisée par l'action de l'opinion du groupe représenté sur ses représentants, c'est par l'élection du représentant que se fait essentiellement sentir cette action. Aussi il y a vraiment abus et même erreur de langage à parler de représentation des intérêts pour ces conseils consultatifs techniques placés auprès du gouvernement et qui sont recrutés par voie de nomination. De ce que ces conseils nommés sont constitués pour s'occuper de tels ou tels intérêts particuliers, il ne s'en suit pas par cela seul qu'ils représentent ces intérêts et les individus titulaires de ces intérêts. Il leur manque l'élément qui conditionne nécessairement la représentation, soit l'élection. » (Doyen R. Bonnard).

Un bon moyen de revenir à la situation normale, en ménageant les transitions, eût consisté dans l'élection annuelle d'un tiers des membres des conseils, les sortants étant désignés par tirage au sort, les deux premières années, dans les conditions de la loi du 26 nov. 1941, et immédiatement rééligibles.

Les règlements d'administration publique prévus par l'art. 18 auront un double but : 1° fixer les modalités de l'élection; 2° déterminer l'étendue des circonscriptions assignées aux conseils élus. En fait, des caractères des circonscriptions dépendront dans une certaine mesure les modalités de l'élection. Ainsi, par ex., il serait impossible d'attribuer de droit un ou plusieurs sièges aux facultés ou écoles de médecine, dans le cadre départemental, la plupart des départements en étant dépourvus. L'étude des fonctions des conseils nous conduira à con-

clure que si, du point de vue du tableau, le département est convenable, il est beaucoup trop exigu pour le fonctionnement de certaines œuvres (en particulier mutualité, assistance et retraite qui ne peuvent du reste connaître leur véritable épanouissement que par organisation nationale, directe ou par fédération) et qu'il prête à de telles critiques qu'il paraît devoir être rejeté en matière disciplinaire. A défaut du cadre provincial, encore à l'état de projet, la région sanitaire serait très supérieure, au moins quant à l'organisation disciplinaire. Y aurait-il lieu d'instituer un conseil régional doté de la plénitude des attributions actuellement dévolues aux conseils départementaux, avec élections régionales ? Conviendrait-il de maintenir les conseils départementaux avec leurs attributions administratives, et d'en détacher la fonction disciplinaire, confiée à un conseil régional ? Dans ce cas, les conseils élus par les confrères du département désigneraient-ils eux-mêmes leurs délégués au conseil de discipline régional, ou ce conseil de discipline serait-il élu par un vote distinct de l'ensemble des médecins de la région ? Les membres du Conseil supérieur seront-ils élus au suffrage restreint par les conseils locaux (en totalité, représentés par leur bureau, par des délégués spécialement mandatés) ou par un collège national formé de tous les médecins inscrits au tableau général de l'Ordre depuis un délai minimum, de trois à cinq ans, p. ex. ? Toutes ces solutions offrent quelque avantage. Il n'est que de choisir entre elles... Les circonscriptions déterminées en premier lieu, les règlements d'administration publique devront ensuite fixer les conditions d'électorat et d'éligibilité (âge, durée d'exercice professionnel; nature et durée de charge inférieure pour les fonctions les plus importantes, telles que celles de président de conseil local ou de membre du conseil supérieur). Des mesures transitoires s'imposeront. Un nombre de sièges proportionnel à leur impor-

tance numérique devra être attribué aux médecins fonctionnaires, sinon, étant en minorité, ils risqueraient de n'être pas représentés dans les Conseils. Mais cette représentation spéciale devra être soumise à l'élection et ne concerner que les fonctionnaires non patentés, à l'exclusion des fonctionnaires partiels qui se confondront avec les praticiens sans inconvénient. A l'expiration de leur mandat, les membres sortants seront-ils rééligibles sans délai ? Des incapacités d'électorat et à plus forte raison d'éligibilité devront être prévues à l'encontre des médecins frappés de peines disciplinaires (avertissement et suspension, le blâme ne pouvant en comporter en raison de sa bénignité et de son caractère strictement secret, non plus que la radiation, mesure radicale d'élimination, sauf à les prévoir dans le cas exceptionnel de relèvement d'incapacité définitive d'exercice fondé sur un autre motif que la révision judiciaire, qui rétablit d'office le condamné innocent dans la plénitude de ses droits et prérogatives). Les lieux, dates, modes d'élection (scrutin uninominal ou scrutin de liste), le contentieux électoral, devront aussi être précisés avec soin. Nous formulerons trois vœux : 1° que le vote soit secret, caractère indispensable à la sincérité d'une élection quelconque; 2° que le vote par correspondance soit admis (*a.* pour éviter des déplacements onéreux; *b.* dans l'intérêt de la santé publique que compromettrait l'absence simultanée de tous les praticiens d'un secteur; *c.* pour réduire ainsi les motifs légitimes d'abstention); 3° Que le vote soit obligatoire. L'abstentionnisme était naguère la plaie du syndicalisme médical. Vu l'importance primordiale des conseils de l'Ordre, le vote devrait être considéré comme une fonction. Cette obligation du vote est consacrée en Belgique, où l'arrêté royal du 23 mai 1939 a prévu un système assez compliqué, mais ingénieux, pour assurer à la fois l'obligation et le secret, dans le vote par correspondance.

Chapitre IV

DES ATTRIBUTIONS ADMINISTRATIVES DE L'ORDRE

Section I. — Du tableau

L'art. 1er L. 7 oct. 1940 stipule que « Nul ne peut exercer la médecine s'il n'est habilité à cet effet par un Conseil professionnel, dit conseil de l'Ordre des médecins ». Cette habilitation se traduit par l'inscription au tableau. Les termes sont absolument généraux. Cependant, d'emblée, certains commentateurs ont voulu restreindre le domaine de l'Ordre aux médecins qui prennent part au traitement des affections médicales ou chirurgicales, à l'exclusion de ceux qui consacrent leur activité professionnelle à des fonctions d'hygiène, d'administration ou scientifiques. Leur argument principal repose sur l'art. 16 L. 30 nov. 1892. Ces auteurs ne tiennent pas compte qu'il s'agit d'une définition expressément pénale (placée sous le titre V : Exercice illégal. Pénalités) dont les caractères de droit strict et d'interprétation restrictive ne s'appliquent qu'à l'exercice illégal et ne peuvent servir de critère de l'exercice de la médecine en général. D'ailleurs, si la loi du 26 mai 1941 (modifiant LL. 30 nov. 1892 et 26 juil. 1935) a maintenu la définition de l'art. 16 — dont il eût été préférable d'élargir le domaine à toute activité professionnelle — son art. 26 prévoit l'ap-

plication des sanctions de l'exercice illégal aux médecins qui, frappés de suspension ou d'interdiction définitive par la juridiction répressive ou la juridiction disciplinaire « continuent à exercer leur profession ». L'extension des pénalités à toutes les modalités de l'exercice de la médecine est donc réalisée, et par voie de conséquence, tombe l'argument restrictif. Dans une autre opinion, seuls auraient dû appartenir à l'Ordre les praticiens exerçant leur art à titre indépendant, dont le critère est d'ordre fiscal : la patente. Cette thèse arbitraire, sans le moindre texte à l'appui, est abandonnée. En réalité, l'Ordre doit réunir tous les médecins pour leur imposer une discipline collective; son honneur, sa morale et sa probité sont engagés par le comportement de tous; la mise en jeu de la responsabilité disciplinaire pour faute confraternelle ne peut être unilatérale, ce qui adviendrait si certaines catégories de médecins restaient en dehors de l'Ordre. Toute activité ou toute fonction à titre principal ou accessoire, exercée en vertu du diplôme de docteur en médecine spécialement requis, tel paraît être le critère d'inscription au tableau, conforme aux termes généraux et au vœu de la loi. Les textes sont en faveur de cette solution. La loi belge du 25 juil. 1938 (art. 2) englobe les médecins fonctionnaires d'administrations publiques, y compris les médecins militaires. La loi du 31 déc. 1940 instituant l'Ordre des architectes, qui procède du même esprit que celle du 7 oct. 1940, vise tous les architectes. En effet, l'art. 17 soustrait à la juridiction disciplinaire « les architectes fonctionnaires d'une administration publique pour les travaux accomplis dans l'exercice de leurs fonctions ». Enfin, le décret du 29 janv. 1941 rendant applicable à l'Algérie la loi du 7 oct. 1940 prescrit (art. 10 complétant l'art. 15) la notification au Gouverneur Général et au préfet du département intéressé des « peines disciplinaires prononcées à l'égard d'un médecin rétribué sur le budget de l'Algérie,

des territoires du Sud, d'un département, d'une commune ou d'un établissement public. »

Après quelques tâtonnements, le conseil supérieur, d'accord avec le Secrétaire général à la Santé, partisan de « l'application la plus large » a décidé que « tous les médecins qui exercent la médecine ou font un acte médical, fût-ce un acte d'enseignement, doivent (donc) être inscrits au tableau de l'Ordre » sur deux tableaux différents : 1° Médecins praticiens, payant patente et médecins fonctionnaires qui font en même temps des actes de clientèle, « *si réduits soient-ils* »; 2° Médecins fonctionnaires d'Etat ou de grandes administrations, ne faisant aucun acte de clientèle, ne payant pas patente, non personnellement inscrits à une Caisse d'allocations familiales (l'inscription étant faite par leur employeur). Les seuls *médecins fonctionnaires* qui ne doivent être inscrits *sur aucun tableau* sont ceux qui *représentent directement l'Etat* (Inspecteurs de la Santé, Inspecteurs adjoints, Directeurs régionaux de la Famille et de la Santé). Par ailleurs, l'assistant salarié d'un médecin doit être inscrit comme praticien; le médecin de station thermale figure au tableau de la principale résidence; les médecins à qui les conseils départementaux accordent des autorisations provisoires d'exercer doivent être inscrits sur une liste provisoire. Cependant, une circulaire du Conseil Supérieur en date du 19 fév. 1941 dispensait de l'inscription « les médecins militaires en activité ». Malgré ses termes très généraux, il est douteux que la décision ci-dessus (publiée au Bull. Ordre Méd. juin 1941) supprime cette exception. Elle est du reste motivée par les circonstances actuelles, mais ne devrait être que temporaire. L'Ordre doit englober les médecins militaires, car ils ont même formation, même rôle technique et mêmes devoirs de conscience professionnelle que leurs confrères civils. Si la proposition de loi sénatoriale du 14 fév. 1935 (art. 1er) les éliminait, la loi belge du 25 juil.

1938 les a compris dans l'Ordre, non sans d'assez vives résistances gouvernementales, d'ailleurs. Un problème important et de solution délicate se pose au sujet des médecins au service des administrations publiques. Bien qu'il se rapporte au droit disciplinaire, nous l'évoquerons ici, parce qu'il est à la source des oppositions variées rencontrées par l'inscription au tableau de ces catégories de médecins. La question à résoudre consiste à déterminer le pouvoir des conseils de l'Ordre sur les médecins dépendant des autorités publiques ou, en d'autres termes, à délimiter la compétence de l'Ordre sur les médecins fonctionnaires. La solution repose sur la distinction entre l'exercice professionnel et la qualité de fonctionnaire, ou d'agent rattaché d'une façon quelconque à l'Administration. Dans la pratique médicale, tous les médecins sont tenus aux mêmes règles professionnelles, et toute infraction à ces normes les rend passibles des sanctions dsiciplinaires du conseil de l'Ordre. Il appartiendra toutefois aux conseils d'apprécier si la situation administrative des médecins fonctionnaires (p. ex. la subordination hiérarchique au commandement pour les médecins militaires) ne constitue pas, non en vertu d'un principe général, mais à l'occasion de chaque espèce considérée en soi, une cause de justification ou une circonstance atténuante. Par contre, les conseils de l'Ordre n'ont aucune injonction à adresser aux autorités publiques qui ont seules le pouvoir d'apprécier si les sanctions disciplinaires professionnelles doivent entraîner des sanctions disciplinaires administratives et sont seules compétentes pour les prononcer, selon leurs règles et leurs modalités propres. Cette thèse de l'indépendance réciproque des deux pouvoirs disciplinaires, professionnel et administratif, est expressément consacrée par le décret (art. 10) précité, du 29 janv. 1941 rendant applicable à l'Algérie, avec modifications, la loi instituant l'Ordre des Médecins.

Des conditions légales et réglementaires d'inscription au tableau. — L'art. 1er de la loi du 26 mai 1941 stipule : 1° Le diplôme d'Etat français de docteur en médecine, sauf bénéfice des dispositions transitoires fixées par LL. 30 nov. 1892, 13 juil. 1921, 10 août 1924, 13 déc. 1924, 18 août 1927; 2° Les conditions de nationalité requises par la loi du 16 août 1940, à savoir nationalité française à titre originaire, comme né de père français (art. 1er) ou bénéfice d'un cas d'exception, en vertu d'un décret contresigné par le ministre secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé (article 2). Les cas d'exception concernent les médecins qui ont scientifiquement honoré leur patrie d'adoption et ceux qui ont servi dans une unité combattante de l'armée française au cours des guerres de 1914 ou 1939. Sont dispensés de la nationalité française à titre originaire comme étant nés d'un père français certaines catégories d'Alsaciens-Lorrains et les « enfants naturels nés en France de parents non dénommés ou de mère française et de père inconnu à condition, toutefois, qu'ils n'aient pas été postérieurement reconnus ou légitimés par un père étranger » (art. 3). Une circulaire du 27 nov. 1940 du Secrétaire à la Famille et à la Santé interprète la loi (1° Valeur rétroactive; 2° Père français doit s'entendre « français au moment de la naissance du fils ou de la fille »; 3° « Par Français » il faut entendre « citoyen » ou « sujet » français et non « protégé ») et n'hésite pas à compléter son énumération, cependant claire et limitative, par l'adjonction des cas « où pour une cause quelconque le postulant s'est profondément intégré à la communauté française, soit par son ascendance maternelle, soit par son mariage avec une Française d'origine et la création d'une famille française, soit encore parce que né en France il y a accompli son service militaire ». Dès lors que la loi n'avait pas retenu ces motifs d'exception, ces extensions étaient abusives.

La loi du 22 nov. 1941 abroge celle du 16 août 1940 (art. 6) dont elle comble les lacunes et supprime les interprétations libres. L'exercice de la médecine demeure en principe réservé aux Français nés d'un père français (art. 1er). Toutefois, des dérogations sont prévues. Sont dispensés de la nationalité française du père, les Français : 1° Naturalisés pour services exceptionnels dans les conditions fixées par une loi ultérieure; 2° Protégés et administrés naturalisés français; 3° Militaires et marins qualifiés combattants par DD. 1er juil. 1930 ou 27 déc. 1940; 4° Ascendants, épouses ou veuves de militaires ou marins morts pour la France ou qualifiés combattants, sous réserve, en ce qui concerne les épouses et veuves, que le mariage soit antérieur à la publication de la présente loi; 5° Alsaciens-Lorrains appartenant à diverses catégories; 6° Nés en France de parents inconnus ou de mère française et de père non dénommé, à condition qu'ils n'aient pas été reconnus ou légitimés par un étranger. Le rôle de l'administration se borne à vérifier si le postulant remplit les conditions légales. Le bénéfice de ces dérogations peut être réclamé par les personnes exclues en application de l'art. 2 L. 16 août 1940 (art. 4). Pourront être autorisés par arrêté individuel du Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé pris après avis d'une commission supérieure de contrôle, composée d'un conseiller d'Etat, président, du directeur de la Santé, d'un membre du conseil supérieur de l'Ordre, auxquels sera adjoint un fonctionnaire du ministère des Affaires étrangères lorsque seront invoquées les conventions diplomatiques ou un représentant du Secrétaire d'Etat aux Colonies lorsque la requête émanera d'un ressortissant d'un territoire relevant du secrétariat d'Etat aux Colonies — dans ces cas, s'il y a partage des voix, celle du président sera prépondérante — (D. 20 déc. 1941) : 1° Les étrangers exerçant en France à la date du 19 août 1940 en vertu des conventions diplomatiques, s'ils ont déposé

une demande de dérogation à la loi du 16 août 1940, avant le 7 juin 1941 (art. 5) ; 2° Les Français qui ne sont pas nés d'un père français et ne remplissent pas les conditions de l'art. 2 (art. 3) ; 3° Les étrangers non couverts par les conventions diplomatiques (art. 5, § 4). Pour ces deux dernières catégories, la loi spécifie que l'autorisation sera accordée « à titre exceptionnel ». La requête n'implique pas l'autorisation provisoire d'exercice.

La loi du 2 avril 1941 relative à la création ou à l'extension de cabinets médicaux, apporte trois conditions supplémentaires. Deux n'ont qu'un caractère temporaire, lié aux circonstances. 1° Aucun médecin n'est admis à pratiquer son art aux lieu et place d'un médecin prisonnier de guerre, sinon à titre provisoire et jusqu'au retour de ce dernier. Il s'agit, en somme, de la création d'un « périmètre de protection » de la clientèle de l'exilé (art. 1er abrogeant en outre D. 20 mai 1940) ; 2° Les cabinets créés entre le 1er sept. 1939 et le 20 mai 1940 ne pourront être maintenus qu'avec l'autorisation de l'Ordre départemental à solliciter dans les trois mois de la cessation des hostilités, sauf appel devant le Conseil supérieur, et recours pour excès de pouvoir devant le Conseil d'Etat (art. 3). Le but est la protection des intérêts des mobilisés. L'art. 2 seul a une portée générale et permanente. Il stipule que « le Conseil supérieur de l'Ordre pourra, sur demande du Conseil départemental, fixer par délibération spéciale le nombre maximum de médecins susceptibles d'exercer leur art dans un département. Ce nombre ne pourra, en aucun cas, être inférieur à celui des médecins en exercice dans le dit département à la date du 1er septembre 1939. » Le texte précise que l'inscription au tableau ne pourra être refusée par le Conseil départemental, motif pris de l'encombrement de la profession, que si l'inscription sollicitée avait pour effet de dépasser le maximum fixé par le Conseil supérieur. Enfin, le décret du 11 août 1941 réglementant, en

ce qui concerne les juifs, la profession de médecin, pris en application de l'art. 4 L. 2 juin 1941, portant statut des juifs, subordonne l'inscription au tableau des médecins juifs à la proportion de 2 % de l'effectif total des médecins non juifs inscrits dans la circonscription de chaque Conseil.

En résumé, en l'état actuel de la législation, les conditions légales ou réglementaires exigées pour l'inscription au tableau peuvent se diviser en : 1° Générales, permanentes et obligatoires : diplôme d'Etat français et nationalité française à titre originaire (L. 26 mai 1941, art. 1er) comme étant né de père français, sauf dérogation par décret; 2° Générale et permanente, mais facultative : non dépassement du chiffre limite de densité médicale, déterminé par délibération du Conseil supérieur, à la demande du conseil départemental (L. 2 avril 1941, art. 2); 3° Spéciales et temporaires : protections des droits des médecins prisonniers ou mobilisés (L. 2 avril 1941, art. 1 et 3); 4° Cas particulier des médecins juifs (D. 11 août 1941).

L'art. 9 L. 7 oct. 1940 déclare que l'inscription au tableau est prononcée après vérification des titres du demandeur. La vérification implique un pouvoir actif de contrôle, mais le conseil est strictement lié par les conditions posées par la loi ou le règlement. Ainsi, il ne pourrait refuser l'inscription, motif pris de la pléthore médicale sévissant dans tel arrondissement, parce que le nombre maximum de médecins autorisés à exercer est fixé pour l'ensemble du département. Il ne pourrait pas non plus refuser l'établissement à un poste médical pour un motif quelconque, parce que l'unique entrave au libre choix du lieu d'installation à l'intérieur d'une circonscription donnée, dès lors que le chiffre-limite n'est pas dépassé, concerne l'application des articles 25 § 3 et 26 Code de Déontologie, relatifs aux remplaçants. Que la compétence du Conseil soit rigoureusement liée à cette

simple vérification des titres est évident, sans hésitations ni restrictions. Cependant, certains conseils départementaux ont émis des prétentions singulières, prétoriennes sinon tyranniques. Le discrédit consécutif à ces errements menaçait l'institution elle-même. Le Secrétaire général de la Santé, dans une circulaire du 5 juin 1941 relative à l'interprétation des lois du 7 oct. 1940 et du 2 avril 1941 adressée aux préfets et aux directeurs régionaux de la Famille et de la Santé, s'est vu contraint de rétablir la rectitude juridique en termes énergiques et clairs, qui ont signification de rappel à l'ordre.

Des conditions de moralité. — Les conditions ci-dessus étudiées, dès lors qu'elles sont satisfaites et dûment vérifiées entraînent l'inscription au tableau, sauf « si les conditions requises de moralité n'apparaissent point réunies », auquel cas l'inscription « peut être refusée par décision motivée » (art. 9 § 2, L. 7 oct. 1940). La compétence du Conseil départemental est liée quant aux titres du demandeur. Serait-elle discrétionnaire en matière de moralité ? Sans doute, un certain pouvoir discrétionnaire est indispensable dans l'appréciation délicate des éléments de moralité, mais une observation essentielle s'impose. Puisque l'inscription au tableau est nécessaire pour exercer la médecine, elle ne doit être refusée qu'aux indignes. Par conséquent, ne devraient être assimilés à des preuves d'insuffisance de la moralité requise que les faits dont la gravité mérite l'interdiction d'exercice et seraient susceptibles d'entraîner la radiation d'un médecin inscrit. Cette solution prudente est consacrée en Belgique (L. 25 juil. 1938, art. 2). Or, non seulement la loi française n'édicte aucune garantie contre l'excès de sévérité, mais on constate, en outre, une certaine tendance du Conseil supérieur à subordonner l'inscription au tableau à des conditions qui, non prévues par les textes légaux ou réglementaires concernant l'exercice de la

médecine, sont aussi sans rapport avec la moralité du candidat. Ces tendances prétoriennes sont regrettables.

De la procédure. — Les règlements intérieurs ont dû combler les nombreuses lacunes de la loi du 7 oct. 1940. Le Tableau départemental est déposé à la préfecture, au parquet des divers tribunaux de première instance, aux mairies et aux pharmacies du département (art. 15). Les inscriptions figurent d'après la date d'admission. Pour les médecins en exercice au 1er janv. 1941, le rang sera déterminé par la date d'installation (art. 16). Le Tableau est revisé chaque année, en janvier, par une commission spéciale et transmis au Conseil supérieur, après approbation par le Conseil départemental (art. 17). La demande d'inscription « doit être adressée par lettre recommandée avec accusé de réception, au Président du conseil départemental, lequel statuera au plus tard dans les deux mois de la réception des pièces. Ce délai pourra être prolongé lorsque le Conseil ne disposera pas des renseignements nécessaires en raison des circonstances résultant de l'état de guerre. En ce cas, l'intéressé en sera avisé. » (art. 18). Le délai de deux mois est susceptible de se révéler trop court en d'autres hypothèses que l'état de guerre. L'art. 22 prévoit aussi les renseignements à demander hors de la métropole. Il eût été préférable d'adopter une formule plus souple, sauf à exiger la notification des motifs de prolongation du délai, afin d'éviter les abus. Le règlement ne spécifie pas si la demande implique autorisation provisoire ou interdiction d'exercice pendant le délai d'enquête. En réalité, l'exercice de la médecine est interdit pendant le délai compris entre la demande d'inscription et la décision. Cette interdiction résulte de l'art. 4. L. 26 mai 1941. L'enregistrement du diplôme est prescrit « avant d'accomplir aucun acte » de la profession (§ 1). Or, il doit « être précédé de l'inscription au tableau de l'Ordre des médecins » (§ 2). La

question est donc tranchée par le législateur. Cette prohibition d'exercice provisoire est prudente, mais vu la rareté des refus d'inscription, cette règle en pratique sera plus gênante qu'utile. Aussi convenait-il d'enfermer dans d'étroites limites le délai de décision. A la réception de la demande d'inscription, le président désigne parmi les membres du conseil un rapporteur qui, après enquête, dépose dans le mois un rapport écrit, soumis à la plus prochaine réunion du Conseil, lequel notifie sa décision par lettre recommandée avec accusé de réception dans la quinzaine de son prononcé. La décision de rejet doit être précédée de l'audition du candidat. Elle est motivée, conformément à la loi, « et la notification devra mentionnner que le candidat peut se pourvoir, devant le conseil supérieur de l'Ordre, dans les trente jours de la réception de cette notification. » L'appel a un caractère suspensif et dévolutif (art. 20). L'appel contre le refus d'inscription au Tableau est signifié par lettre recommandée adressée aux présidents du Conseil supérieur et du Conseil départemental intéressé. La lettre recommandée doit contenir l'énoncé des moyens que le médecin entend soutenir à l'appui de sa demande d'inscription. Le Conseil ne peut refuser l'inscription qu'après avoir entendu le médecin intéressé (art. 17 Règl. C. sup.), Le docteur en médecine admis au tableau prête solennellement, devant le Conseil de l'Ordre, le serment prévu par la loi. Il s'engage aussi à respecter les prescriptions du Code de Déontologie (art. 23). La loi du 7 oct. 1940 prescrit aux médecins de prêter serment « d'exercer leur art avec conscience et probité » (art. 10). Il semble que les rédacteurs du règlement auraient dû voir dans l'expression légale une formule sacramentelle et l'insérer dans le texte du serment. Une procédure d'inscription simplifiée est instituée pour les médecins en exercice au 1er janv. 1941 (art. 21). Lorsqu'un candidat aura préalablement appartenu à un autre tableau départemental, le

président du conseil de ce département sera tenu de fournir des renseignements (art. 22). Le non-paiement volontaire des cotisations annuelles et contributions aux frais de l'Ordre peut entraîner la radiation du tableau (art. 24).

De l'honorariat. — L'art. 25 crée le titre de médecin honoraire, conféré par le Conseil départemental aux médecins qui, inscrits pendant trente ans au tableau, ont cessé volontairement l'exercice de leur profession. Ces médecins, 1° doivent s'engager « à ne plus faire d'acte médical, sauf cas très exceptionnels d'urgence ou de nécessité » dont il devra être rendu compte au Conseil départemental; 2° Ils restent soumis à la juridiction disciplinaire (mais toutes les peines deviennent purement morales; cependant une condamnation à une peine privative d'exercice mettrait obstacle temporaire ou définitif à une reprise d'activité professionnelle); 3° Ils ne sont astreints à aucune cotisation (sauf abonnement au Bulletin de l'Ordre). La demande motivée d'honorariat est adressée au président du conseil départemental. La décision du Conseil est notifiée par lettre recommandée dans la quinzaine du prononcé, et peut être déférée en appel au Conseil supérieur dans les trente jours de la notification. Aucun délai n'est prévu pour la décision des Conseils. Par mesure transitoire, les médecins peuvent demander, pour motifs personnels, leur honorariat, bien que ne remplissant pas la condition de durée d'inscription au tableau.

Des dispositions complémentaires de la loi du 26 mai 1941. — L'exercice de la médecine sans inscription au tableau est considéré comme exercice illégal, en vertu de l'art. 14 § 1[er] L. 26 mai 1941. Mais cet article ne vise que le fait de prendre part « habituellement ou par une direction suivie, au traitement des maladies ou des af-

fections chirurgicales ». Echappe, en conséquence, aux sanctions pénales, l'exercice, malgré la non inscription au tableau, de nombreuses modalités d'activité médicale (contrôle, expertise, hygiène, pratique de certaines disciplines scientifiques). Le texte est insuffisant. La sanction pénale des décisions disciplinaires est beaucoup mieux assurée par l'art. 26. La fausse déclaration en vue de l'inscription au tableau de l'ordre est punie de peines correctionnelles par l'art. 7 (addition d'un art. 21 *bis* à L. 30 nov. 1892). La même loi maintient les formalités de publicité — enregistrement à la préfecture (dans tous les cas et non plus, éventuellement, à la sous-préfecture) et au greffe du tribunal civil de l'arrondissement; visa de la mairie du domicile — prévues par l'art. 9 L. 30 nov. 1892, modifié par L. 14 avril 1910, formalités sur l'opportunité desquelles l'opinion des auteurs était partagée depuis l'institution de l'Ordre. La réglementation est même plus minutieuse. 1° Tout changement de domicile ou de résidence professionnelle doit être signalé par l'intéressé au conseil départemental de l'Ordre ainsi qu'à la mairie du dernier domicile, chargée d'aviser le préfet et l'autorité judiciaire (art. 9 § 3). 2° Un nouvel enregistrement du titre devient nécessaire : a) lorsque le titulaire transfère son domicile dans un autre département; b) lorsqu'il désire reprendre l'exercice de sa profession après une interruption de deux ans (art. 9 § 4). L'infraction à l'enregistrement dans les délais et conditions fixés à l'art. 9 est punie par l'art. 22 d'une amende de 500 francs, sans préjudice de l'action disciplinaire. L'ensemble de ces mesures aura pour effet de faciliter l'établissement et le contrôle des listes d'inscription au tableau.

Conclusion. — La célèbre question de la « maîtrise du tableau » doit être tranchée par la négative pour l'Ordre des médecins comme elle l'est pour les avocats depuis

trois quarts de siècle (Cas., Civ,. 29 juil. 1867; 8 janv. 1868 — D. 29 juin 1920, art. 17 et 24; L. 26 juin 1941, art. 17). Il est évident que le conseil départemental n'est pas maître de son tableau, puisque le rejet de la demande est subordonné à une décision motivée soumise à l'appel devant le conseil supérieur (L. 7 oct. 1940, art. 9). La décision du Conseil supérieur doit également être motivée et répondre aux moyens présentés dans la lettre d'appel (art. 21 R. C. sup.). Elle peut être attaquée par la voie du recours pour excès de pouvoir devant le Conseil d'Etat (art. 9 L. 7 oct. 1940; art. 27 R. C. sup.) dont la censure pourra contrôler les motifs et le but de la décision (illégalités par inexistence matérielle ou légale des motifs et détournement de pouvoir). La maîtrise du tableau n'est donc pas absolue pour le Conseil supérieur lui-même. On peut regretter néanmoins que le rejet de l'inscription pour insuffisance de moralité ne soit pas légalement restreint aux manifestations susceptibles d'entraîner la radiation d'un médecin inscrit, comme l'a spécifié la loi belge. En définitive, sous réserve de cette observation concernant l'appréciation des garanties de moralité, il résulte que pour tout candidat réunissant les conditions requises, légales, réglementaires et de moralité (ces dernières seules comportant un certain degré de pouvoir d'appréciation discrétionnaire des conseils de l'Ordre), l'inscription au tableau est de droit et se ramène à une simple formalité.

Section II. — Attributions administratives diverses

Du Conseil départemental. — Si la tenue du tableau de l'Ordre est la principale attribution administrative du conseil départemental, il en possède d'autres, indiquées par les articles 7 et 16 L. 7 oct. 1940, et dont son règlement intérieur (art. 4) fournit une énumération, d'ail-

leurs non limitative. Outre les attributions relatives au tableau et à la juridiction disciplinaire, son rôle consiste à : 1° Autoriser le président à ester en justice au nom de l'Ordre, et à accepter les dons et legs pouvant lui être faits; 2° Régler les conflits d'honoraires entre les médecins et la clientèle (en dehors de faute contre la probité impliquant l'exercice de l'action disciplinaire); 3° Gérer les biens de l'Ordre, administrer et utiliser ses ressources pour la sécurité matérielle des médecins et de leur famille; 4° Etablir un office de remplacements. Sans prétendre à une énumération complèt , la liste n'aurait pas dû passer sous silence plusieurs attributions légales. 1° Examen des problèmes qui se rapportent à l'exercice de la médecine avec possibilité d'en saisir le conseil supérieur (art. 7); 2° Assurer « dans son ressort la défense des intérêts matériels de l'Ordre » (art. 16), à savoir jouer le rôle essentiel des syndicats dissous : établir les tarifs minima d'honoraires en clientèle libre; passer les conventions locales avec les organismes de médecine collective et sociale (caisses d'assurances sociales, mutualités, dispensaires, application médicale des lois d'assistance, etc.). D'après l'art. 4 primitif, L. 7 oct. 1940, le conseil supérieur pourrait revendiquer une fonction de direction, de coordination et de contrôle. Il ne saurait, sans violer la loi, dont les termes sont formels, priver les conseils départementaux de toute initiative et de toute liberté en ce domaine. Depuis la loi du 31 déc. 1941 supprimant la garde des intérêts de l'Ordre des attributions du conseil supérieur (art. 1er), ce conseil est même privé d'ingérence dans ce domaine, mais son contrôle disciplinaire et moral, comme l'obligation d'intervenir auprès des pouvoirs publics après examen des questions soumises par les conseils locaux, rétablissent en fait les pouvoirs de coordination et de contrôle. Il est remarquable, d'ailleurs, que les règlements soient muets sur la défense des intérêts matériels,

dont la nécessité est évidente et maintenue par le législateur en faveur du conseil départemental (art. 16 L. 7 oct. 1940); 3° D'accord avec le conseil supérieur, fixation des cotisations devant être versées par les membres de l'Ordre (art. 16) et qui constituent une part importante des ressources que le Conseil est chargé d'administrer. Signalons qu'en application de la loi du 15 oct. 1940 sur les attributions des directeurs régionaux à la famille et à la santé, une « liaison » (art. 7) doit intervenir entre l'Ordre départemental et le directeur régional, dans le but de renforcer la surveillance des prescriptions légales et réglementaires relatives à l'exercice de la médecine. Au sujet des actions en justice, l'art. 17 L. 26 mai 1941 transfère aux conseils de l'Ordre le droit reconnu aux syndicats de saisir les tribunaux par voie de citation directe donnée dans les termes de l'art. 182 C. Inst. Crim., sans préjudice de la faculté de se porter partie civile dans les poursuites intentées par le ministère public, en matière de délits d'exercice illégal de la médecine.

Du Conseil Supérieur. — Elles sont définies avec une précision suffisante par l'art. 4 L. 7 oct. 1940. D'après l'art. 4 Règlement Conseil Supérieur, elles « consistent notamment » à : « *a*) maintenir la discipline intérieure et générale de l'Ordre, ainsi que les règles d'honneur et de morale de la profession médicale, par des instructions adressées aux conseils départementaux et par tous autres moyens jugés utiles; *b*) statuer au second degré sur les difficultés relatives à l'inscription au tableau de l'Ordre (Appel étudié à propos du tableau); *c*) gérer les biens de l'Ordre, administrer et utiliser ses ressources pour la sécurité matérielle des médecins et de leur famille; *d*) autoriser le président à ester en justice au nom de l'Ordre et à accepter les dons et legs faits à l'Ordre; *e*) être l'interprète des médecins auprès des

pouvoirs publics; *f*) arbitrer les différends qui pourraient séparer les Conseils départementaux et les médecins; *g*) assurer la tenue et la garde du tableau général de l'Ordre; *h*) établir un office de remplacements ». Sous réserve que le Conseil Supérieur statue, en la plupart des matières communes, au second degré au point de vue administratif comme au point de vue disciplinaire, ces attributions ne diffèrent pas sensiblement de celles des conseils départementaux. Nous relèverons l'action de direction générale des Conseils locaux par les instructions ou autres moyens jugés utiles; l'arbitrage des différends entre conseils départementaux et praticiens; la tenue du tableau général de l'Ordre, non prévue par la loi, innovation commode et régulière, car elle ne porte aucune atteinte aux droits des médecins. La fonction « d'interprète des médecins auprès des pouvoirs publics » expressément créée par l'art. 4 L. 7 oct. 1940, est double. D'une part, le Conseil supérieur jouera un rôle consultatif à l'égard des pouvoirs publics sur les questions concernant l'exercice de la médecine; d'autre part, il agira auprès des mêmes autorités en qualité de représentant du corps médical, chargé d'en exprimer les vœux et doléances. Cette fonction très importante lui appartient en propre. Les conseils départementaux ne peuvent que lui soumettre leurs observations ou propositions sur les problèmes soulevés par l'exercice de la médecine dans leur ressort (art. 7). Mais il doit délibérer sur les affaires soumises à son examen par les conseils locaux (art. 4, paragraphe 6). Le Conseil supérieur s'arroge : 1° Le pouvoir de gestion, d'administration et d'utilisation, dans un but d'ailleurs précis (sécurité matérielle des médecins et de leur famille), des biens de l'Ordre; 2° Le pouvoir d'ester en justice; 3° Le pouvoir de recevoir des dons et legs. Ces divers pouvoirs, il se les accorde bénévolement, car il ne les tient certainement pas de la loi instituant l'Ordre des médecins. Le parallélisme des

deux règlements en cette matière ne correspond pas à la lettre de la loi. Catégorique en ce qui concerne les conseils départementaux, la loi est muette à l'égard du conseil supérieur. Du moins, le règlement interprète-t-il ce silence dans le sens de l'esprit et du vœu du législateur ? Il est légitime d'en douter. A ce point de vue, l'absence de travaux préparatoires, de discussions et de rapport au chef de l'Etat (tel que celui qui éclaire la genèse, les motifs et le but de la loi du 11 sept. 1941 relative à l'exercice de la pharmacie) est une lacune très fâcheuse. Faute de ces moyens d'information, vouloir interpréter, c'est s'exposer à dénaturer, car le contrôle est impossible, dès que l'on s'écarte du texte. Prétendre que le silence de la loi est une simple omission, c'est affirmer une hypothèse gratuite. C'est même, semble-t-il, consacrer une erreur. Le pouvoir de gestion des biens de l'Ordre est légalement établi en faveur du Conseil départemental par l'art. 16. En outre, le pouvoir de créer des « organismes de coopération, de mutualité, d'assistance ou de retraite... » auxquels sera dévolu le patrimoine des syndicats médicaux dissous, est expressément confié par l'art. 17 aux Conseils départementaux, après avis du Conseil supérieur. Avis, stipule le texte, donc rôle consultatif et de contrôle, mais non identité ou concurrence de pouvoirs. Sans revenir sur la différence de nature juridique entre le conseil supérieur et les conseils départementaux dont ces dispositions positives fournissent de puissants arguments, il résulte de la rédaction de la loi qu'il est impossible, sans en forcer les termes, de revendiquer pour le conseil supérieur des attributions que le législateur n'a accordées qu'aux seuls conseils départementaux. Cette thèse est renforcée par l'argument de l'art. 1er L. 31 déc. 1941, retranchant la garde des intérêts de l'Ordre des attributions du conseil supérieur. Que le patrimoine de la confédération générale des syndicats médicaux français ne puisse être pratiquement dévolu

qu'à l'Ordre national; que des donateurs veuillent gratifier l'Ordre dans son ensemble; que des organismes d'assurances ou de retraite ne soient guère susceptibles d'un fonctionnement efficace dans le cadre trop restreint du département; toutes ces considérations militeraient en faveur d'une modification de la loi. Elles n'ont pas la capacité de changer les dispositions légales par leur seule vertu, sans intervention du législateur. Le règlement intérieur du conseil supérieur ne répond pas à ce qui est actuellement, en droit positif.

Chapitre V

DES ATTRIBUTIONS DISCIPLINAIRES DE L'ORDRE

La nature spécifique, les caractéristiques et le domaine d'application du droit disciplinaire ont longtemps donné lieu à des interprétations divergentes. Selon le doyen Duguit, les législations modernes évoluaient « non seulement vers l'assimilation des deux répressions (pénale et disciplinaire) mais même vers la disparition complète de la répression disciplinaire ». Cependant l'évolution tend vers l'unité de doctrine. D'après le doyen Maurice Hauriou, « le droit disciplinaire est constitué par l'ensemble des actes juridiques et des règles juridiques émanant de l'autorité sociale instituée qui ont pour objet, soit d'imposer aux individus des mesures, soit de créer des situations opposables, soit de réprimer des écarts de conduite, le tout principalement dans l'intérêt de l'institution et sous la seule sanction de la force de coercition dont elle dispose ». Pour le doyen Nézard « la discipline est l'ensemble des règles qui régissent un groupement social, qui assujettissent chacun de ses membres à des obligations spéciales distinctes des obligations politiques de tout citoyen, afin de maintenir la considération de ce corps et de lui assurer, dans l'intérêt social de sa fonction, la confiance publique. Les actes qui transgressent ces lois du groupe dans la société politique constituent des délits et, dans le groupement social, des fau-

tes disciplinaires. Il importe de bien distinguer en droit ces fautes, car elles peuvent résulter d'un même fait. En effet, l'acte commis par un membre d'un groupe social dans l'exercice de ses fonctions peut léser à la fois l'intérêt public, des intérêts privés et des intérêts corporatifs, et constituer ainsi, en même temps, un délit pénal, une faute civile et une faute disciplinaire... A ces trois intérêts correspondent trois sanctions juridiques diffétentes : la sanction pénale par l'action publique, la sanction civile par l'action civile et la sanction professionnelle par l'action disciplinaire. Le droit disciplinaire est l'ensemble des règles qui organisent la répression des fautes professionnelles ». M. le doyen Bonnard a développé l'idée selon laquelle le droit disciplinaire est le droit pénal des corporations distinctes de l'Etat, qu'il y a donc une différence de fondement et d'étendue entre la répression disciplinaire et la répression pénale, que les fonctions publiques dans le droit moderne tendent à s'organiser en corporations, que le droit disciplinaire des fonctions publiques est le droit pénal des corporations *fonctionnelles,* ce qui explique, d'une part, pourquoi la peine ne peut jamais consister qu'en une atteinte à la situation corporative ou fonctionnelle de l'inculpé et d'autre part pourquoi les répressions pénale et disciplinaire sont et seront toujours distinctes, pourquoi le même individu pourra toujours pour le même fait être acquitté par la juridiction pénale, condamné par la juridiction disciplinaire. « La discipline, au sens juridique du mot, est l'ensemble des règles de conduite qui, au-dessus de celles que la loi morale dicte à tous, s'impose spécialement à ceux qui exercent une fonction ou une profession ou qui sont engagés dans une hiérarchie: devoirs professionnels, assujettissement très strict à tous les préceptes de loyauté, de délicatesse et d'honneur, dont l'observation assure la dignité et la considération nécessaire à chaque collectivité. Les membres de celle-ci

connaissent mieux que tous autres la nature particulière de ces obligations et, par suite, ils sont plus qualifiés pour en assurer le respect, en appliquant des sanctions à leur méconnaissance » (Falcimaigne).

En définitive, le droit disciplinaire a pour but de formuler les devoirs particuliers à la profession, dégagés par la tradition d'une saine pratique, d'en punir la violation et de réprimer tout comportement de ses membres nuisible au prestige et à la légitime considération de la collectivité professionnelle. Il se présente comme un rameau détaché du droit pénal. Il s'en distingue essentiellement par sa spécialité et une subordination plus étroite à la morale, d'où découlent latitude d'incrimination plus grande, large pouvoir d'appréciation et une certaine indépendance, notamment dans le sens d'une sévérité plus stricte. Aux membres de la profession, compétents par différenciation fonctionnelle, doivent incomber la détermination des règles de déontologie et le jugement des infractions contre les devoirs professionnels. Pour atteindre ces buts, la loi doit investir le groupement obligatoire d'un pouvoir réglementaire interne et d'un pouvoir juridictionnel. La répression disciplinaire, pour être efficace, doit posséder une grande souplesse, afin de s'adapter aux manifestations très variées des manquements professionnels. Elle risquerait fort de perdre cette souplesse, ainsi que le sens des nuances délicates, si elle se heurtait à la précision d'une définition légale de chaque faute. Il en dérive deux conséquences. En premier lieu, un règlement de déontologie ne peut viser ni à la précision absolue ni à l'énumération exhaustive de toutes les infractions. En second lieu, les règles traditionnelles du droit pénal — pas de délit sans loi et interprétation restrictive des textes, au reste ébranlées par l'évolution récente — ne s'imposent pas en matière disciplinaire. La définition de l'infraction et la détermination de la peine ne se plient guère à la juridictionnalisation, et ne doi-

vent y tendre que dans la mesure et sous les réserves propres à leur nature et à leurs caractères. La jurisprudence est appelée à jouer un rôle de premier plan dans l'élaboration du droit disciplinaire. A tous autres égards, le droit disciplinaire doit, au contraire, être complètement juridictionnalisé : organes juridictionnels, instance (instruction préalable, débat contradictoire, liberté de la défense), procédure, afin de permettre de statuer « avec un minimum de formes et de délais et un maximum d'équité et de discrétion. » Le législateur ne fournit, en fait, aucune délimitation du domaine de la faute susceptible de provoquer les poursuites disciplinaires. En revanche, les peines sont légalement définies et limitativement énumérées. La proposition de loi sénatoriale prenait des précautions contre une extension abusive de la censure disciplinaire. « En aucun cas, il (le conseil de l'Ordre) n'a à connaître des actes, des attitudes, des opinions politiques ou religieuses des membres de l'Ordre » (art. 47). L'art. 5 de la loi belge spécifie dans le même sens qu'« aucune sanction ne peut être fondée sur des motifs d'ordre religieux, philosophique, politique... Toute ingérence dans ces domaines est interdite ». L'expression très générale de « manquement aux devoirs de la charge » doit englober d'abord les infractions aux règles déontologiques proprement dites, dans l'exercice de la profession; ensuite, les fautes commises à l'occasion de la pratique médicale; enfin, dans la vie courante, publique ou même privée, les errements incompatibles avec la dignité d'un honnête homme et la légitime considération due à la profession. L'appréciation des faits concernant cette extension exigera, même en cas de condamnation par les tribunaux de droit commun, tact et mesure. Un élément indispensable en sera la publicité scandaleuse nuisible à la réputation du corps médical. Le silence de la loi permettrait-il à la censure de l'Ordre de sévir pour des motifs philosophiques, reli-

gieux ou politiques ? On ne voit pas comment une sanction disciplinaire pourrait se fonder sur des motifs philosophiques ou religieux. La liberté de conscience est un principe général et sa libre expression ne prête guère à l'abus. Certains agissements politiques, en revanche, tels que provocation à des actes délictueux, participation à des tumultes, seraient susceptibles, en marge de la répression pénale, d'entraîner des peines disciplinaires, motivées non par les opinions, mais par leur traduction publique incorrecte. Il est en outre un principe fondamental, à savoir que la pratique médicale échappe au contrôle de l'Ordre qui doit être rigoureusement exclu du domaine scientifique et thérapeutique. Par une décision d'annulation du 1er oct. 1941, le Conseil Supérieur a très exactement délimité le champ de la juridiction disciplinaire : « Considérant qu'en infligeant... une peine disciplinaire sous prétexte d'une faute professionnelle ne concernant ni la *morale,* ni la *discipline,* mais uniquement la *pratique médicale,* le conseil départemental a outrepassé ses pouvoirs; qu'il ne lui appartient pas d'apprécier s'il y a eu une erreur soit dans le diagnostic d'une maladie, soit dans l'indication opératoire, soit dans l'appréciation de l'urgence de celle-ci... ».

Le recours pour excès de pouvoir devant le Conseil d'Etat est prévu par l'article 41 § 1er de la nouvelle loi organique sur le Conseil d'Etat du 18 déc. 1940. Il garde les caractères du régime de faveur institué par la loi du 24 mai 1872. Les délais ne sont pas modifiés. Il continue de n'avoir pas d'effet suspensif, sauf texte législatif exprès ou décision de la section du contentieux ou de l'assemblée plénière (art. 44) très exceptionnels. Il en pourra résulter un grave dommage pour les médecins illégalement frappés de suspension ou de radiation. Ce recours est limité au contentieux de la légalité des actes juridiques. Comme tel, la décision ne peut comporter que la confirmation ou l'annulation, sans pouvoir de réforma-

tion ou de substitution quant à l'acte attaqué. Ses cas d'ouverture se ramènent aux illégalités organiques par incompétence (empiétement d'une autorité administrative sur les pouvoirs d'une autre autorité administrative); illégalités formelles (violation des formes par omission complète ou partielle de l'une des formalités substantielles auxquelles un acte administratif est assujetti par les lois et règlements); illégalités matérielles. Ces dernières seront sans doute les plus fréquentes en matière disciplinaire. Elles se distinguent en trois catégories selon qu'elles portent sur le motif, l'objet ou le but de l'acte. La première illégalité consiste dans le fait de l'inexistence matérielle ou légale des motifs invoqués. Cette règle de la nécessité du motif est une règle coutumière de droit imposée par la raison. Comme l'article 9 prescrit un refus d'inscription au tableau motivé et que les décisions juridictionnelles sont motivées en forme de considérants, le Conseil d'Etat pourra sans difficulté exercer sa censure sur les motifs qu'il répugne à rechercher par enquête. La violation de la loi se rencontrera lorsque l'objet de l'acte, c'est-à-dire son effet juridique, sera contraire à une disposition de loi ou règlement. Il faut entendre règlement au sens large. La violation par le Conseil Supérieur d'une disposition de la réglementation interne édictée par ses soins ouvrirait le recours, car tous les règlements doivent être observés par l'autorité qui les a faits et ils la lient tant qu'ils n'ont pas été modifiés. La dernière illégalité matérielle, qui porte le nom de détournement de pouvoir, consiste en ce que l'acte, régulier quant à ses autres éléments (compétence, formes, conformité aux lois) est fait dans un but autre que celui en vue duquel le pouvoir était établi. Le pouvoir accordé est détourné de son but, toujours imposé, explicitement ou implicitement, par les lois et règlements. En principe, comme pour les motifs, il faut que le véri-

table but soit en quelque sorte avoué par l'auteur de l'acte, qu'il soit visé dans l'acte lui-même ou qu'il se déduise rationnellement de cette pièce ou de quelque autre document du dossier. Cependant, il peut être procédé à une enquête administrative. La jurisprudence a fini par donner une grande extension à cette idée de détournement de pouvoir et l'a étendue à des cas nombreux et variés : le favoritisme, l'esprit de parti, l'esprit de vengeance... Nous remarquerons que seules les notions d'inexistence des motifs et de détournement de pouvoir pourront conduire le Conseil d'Etat au contrôle des faits ayant entraîné la décision des Conseils de l'Ordre.

Le schéma légal ne permettait pas le fonctionnement de la juridiction de l'Ordre. Aussi le Conseil Supérieur a-t-il dû suppléer à la carence du législateur par son pouvoir de réglementation interne (art. 4). Cette initiative était imposée par les circonstances. Cependant l'organisation juridictionnelle met en jeu l'honneur et les droits des individus. Pour ces motifs, elle paraît requérir l'intervention de la loi. Même un décret portant règlement d'administration publique ne répond pas entièrement à ce dessein. Cependant, le législateur a adopté la solution du règlement d'administration publique par la loi du 31 déc. 1941 dans ses articles 1[er] § 1 modifiant l'art. 4 L. 7 oct. 1940, relatif au conseil supérieur, et 4, ajoutant à la même loi un art. 16 *bis*, relatif au règlement intérieur des conseils départementaux. Sans doute, le conseil supérieur ne pourra transformer à son gré les règles de procédure, mais l'intérêt sacré de la défense et une technique juridique correcte réclament néanmoins une loi d'organisation juridictionnelle et de procédure, laquelle, sauf quelques retouches, pourrait d'ailleurs se borner à donner l'investiture légale aux dispositions des règlements de l'Ordre. Il existe deux règlements; celui du Conseil Supérieur et celui des Conseils départemen-

taux et leur numérotage n'est pas successif. Il en résulte des redites et surtout des facilités de confusion. Les règlements distinguent entre les dispositions relatives aux affaires disciplinaires et celles relatives aux infractions aux lois sociales.

De la juridiction disciplinaire du Conseil Départemental. — Il se réunit en Conseil disciplinaire chaque fois qu'il en est besoin, sur convocation du Président (art. 26). Il est saisi (art. 27), par l'intermédiaire de son président : à la requête de l'un de ses membres en Comité secret; sur injonction du Ministre, Secrétaire d'Etat à l'Intérieur, le Conseil Supérieur entendu. A ces deux premiers modes, légaux, le règlement en ajoute un troisième : sur la plainte des organismes prévus par les lois sociales. L'admission de ce procédé est superflue, car, en pratique, la plupart des plaintes seront adressées au Président et ce sera précisément le cas de celles des « organismes prévus par les lois sociales ». Le Conseil départemental a compétence pour juger les praticiens inscrits à son tableau, en quelque lieu que les infractions aient été commises. La compétence est donc personnelle, et non territoriale. Cette solution est la plus rationnelle. Elle écarte les difficultés qu'auraient fait naître des infractions liées entre elles mais commises dans différents départements. Les infractions visées sont : 1° Les manquements aux règles, aux usages et à la morale professionnels, à la discipline de l'Ordre, aux prescriptions du Conseil supérieur et du Conseil départemental, aux dispositions du Code de Déontologie. On remarquera que cette énumération dépasse les dispositions positives du seul Code de déontologie; 2° Conflits et difficultés d'ordre professionnel entre médecins. Dans ces cas le Conseil compétent sera celui du médecin défendeur lorsque les parties n'appartiennent pas au même tableau départemental; 3° Infractions aux lois sociales. En outre, le

médecin condamné par une juridiction pénale peut être déféré au Conseil de l'Ordre à l'occasion des faits ayant entraîné cette condamnation. Le Conseil aura alors à les apprécier au point de vue disciplinaire. L'action disciplinaire du Conseil sera suspendue à l'égard d'un médecin objet de poursuites pénales, jusqu'à ce qu'il ait été statué définitivement par la juridiction répressive (art. 28). En matière pénale, il faut distinguer entre les crimes et délits d'ordre général et les infractions professionnelles. Dans le premier cas, si un médecin est accusé de meurtre, du crime de faux, par exemple, il n'est guère vraisemblable que le parquet ne soit pas saisi avant le Conseil de l'Ordre. Le cas échéant, ce dernier devrait se récuser pour incompétence. S'il s'agit, au contraire, d'une infraction professionnelle (avortement, prescription illicite de stupéfiants, escroquerie aux accidents du travail...) le conseil engagera l'action disciplinaire et la poursuivra jusqu'à décision, sans désemparer, si le ministère public n'agit pas, hypothèse plausible, car le conseil pourra connaître d'affaires de ce genre que le ministère public ignorera. Mais lorsque l'action publique sera déclenchée, il ne pourra y avoir lieu à deux poursuites parallèles. L'exercice de l'action civile dirigée séparément devant le tribunal civil est suspendue tant qu'il n'a pas été statué définitivement sur l'action publique, ce qu'exprime l'adage « le criminel tient le civil en état », règle d'ordre public, jouant d'office, non susceptible d'être écartée. La prééminence appartient à la juridiction répressive. Le ministère public, dans la poursuite d'une infraction, agit au nom de l'intérêt général. Il possède les moyens les plus étendus et les plus adéquats pour parvenir à la manifestation de la vérité. Or, l'action disciplinaire dérive de l'action pénale par sa limitation à un groupe fonctionnel spécialisé. Elle occupe un domaine restreint et un rang moins élevé dans la hiérarchie juridique. Il est donc nor-

mal que l'action pénale la tienne « en état ». Pour ces mêmes motifs, « ce qui a été jugé au criminel doit être tenu pour constant » et la chose jugée au criminel a une autorité absolue dans les limites des questions « nécessairement et réellement tranchées ». Lors donc qu'après décision définitive de la juridiction répressive l'affaire viendra devant le Conseil de l'Ordre, il sera tenu d'adopter la sentence des juges répressifs sur la culpabilité. Par contre, en vertu de son pouvoir autonome, il aura sa liberté d'appréciation quant aux peines disciplinaires et aux questions non tranchées. Ainsi, il ne pourra pas sévir pour avortement contre un médecin relaxé de cette inculpation, mais il pourra prendre des sanctions contre une faute professionnelle (imprudence, violation des règles de l'avortement thérapeutique...). Il pourra radier du tableau un médecin simplement suspendu par les juges de droit commun.

Dès que le Conseil est saisi, le Président désigne parmi ses membres un rapporteur chargé de l'instruction, qui transmet ensuite le dossier au conseil pour jugement. Toute plainte doit être instruite et faire l'objet d'un jugement, qui « peut être un jugement de non lieu, de rejet pour incompétence, de condamnation ou d'acquittement » (art. 29).

Les articles suivants organisent avec une louable minutie la procédure devant le Conseil disciplinaire. Ils s'inspirent étroitement des règles naguère suivies devant les Conseils de Famille syndicaux. Le principe du secret des juridictions disciplinaires et les droits de la défense (communication du dossier, assistance d'un conseil, défenseur parlant en dernier) sont respectés.

La convocation à l'audience est adressée au médecin poursuivi par lettre recommandée avec accusé de réception, quinze jours au moins à l'avance. Cette convocation indique au médecin le délai pendant lequel il pourra, lui ou son défenseur, prendre connaissance du dos-

sier au secrétariat de l'Ordre, sans déplacement des pièces. Le dossier ne sera mis à la disposition du défenseur que lorsque le médecin l'aura désigné au Président. Ce défenseur devra toujours être soit un avocat inscrit au barreau, soit un médecin inscrit au tableau général de l'Ordre (art. 30). A l'audience, le Secrétaire général, secrétaire d'office du Conseil de discipline, tient des notes succinctes des débats que dirige le Président, ou le vice-président délégué par lui, assisté d'un conseiller juridique, qui a voix consultative. La présence du conseiller juridique (Bâtonnier de l'Ordre des avocats ou son délégué « par acte exprès », L. 7 oct. 1940, art. 6) que d'aucuns auraient voulu écarter, tout comme l'avocat défenseur et pour le même motif, à savoir le secret des débats en matière disciplinaire, est en réalité une heureuse disposition. Le secret des débats n'a rien à perdre, puisque les avocats sont soumis à un secret professionnel très strict, et la bonne administration de la justice a tout a gagner par la présence de juristes.

Le médecin doit comparaître en personne, assisté s'il le désire d'un défenseur (confrère inscrit au Tableau général de l'Ordre, ou avocat inscrit au barreau). L'audience n'est pas publique, règle fondamentale en matière disciplinaire. La marche des débats comprend : 1° L'interrogatoire d'identité; 2° La lecture de son rapport par le rapporteur; 3° L'interrogatoire par le président sur le fond de l'affaire; 4° Les questions des membres du Conseil posées avec l'autorisation du Président. 5° La défense, qui a toujours la parole en dernier; 6° La délibération secrète, hors la présence du médecin et de son défenseur. « La décision est prise à la majorité des voix et les votes sont recueillis en commençant par le membre du Conseil le plus jeune. En cas de partage de voix, le prévenu doit bénéficier du doute, et, en conséquence, de la solution la plus favorable » (art. 31). La décision doit être motivée. Cette décision motivée n'est

expressément prévue par la loi que pour le refus d'inscription au tableau (art. 9) mais elle s'impose pour toute décision soumise à l'appel. Le quorum nécessaire à la validité des décisions est de trois membres. S'il ne pouvait être atteint, des juges seraient choisis par le Conseil supérieur dans les départements voisins (art. 32). Cette disposition est nettement insuffisante. L'effectif du Conseil varie de cinq à quinze membres. Si le chiffre trois correspond à la majorité absolue d'un Conseil de cinq membres, il tombe à une minorité dérisoire dans les Conseils importants, qui, vu le nombre de leurs ressortissants, auront en principe à juger le plus grand nombre d'affaires. Sans doute, les Instructions pour le fonctionnement du Conseil de discipline décident que tous les membres du Conseil ont *l'obligation* de juger, à moins de récusation (et d'empêchement indépendant de leur volonté, maladie, etc.). Néanmoins, le règlement aurait dû fixer le quorum à la majorité absolue des sièges du Conseil et prévoir la désignation éventuelle de membres d'autres Conseils départementaux pour l'atteindre dans tous les cas. D'autre part, ce quorum de trois permettra à deux juges seulement de suspendre ou même de radier un confrère... Cette situation soulève un problème très grave qui sera étudié à propos des pénalités.

Les membres du Conseil de discipline peuvent être récusés pour les motifs énumérés à l'art. 398 Proc. Civ. Seront récusés d'office : « les membres du Conseil qui ont entre eux ou avec le médecin cité une parenté jusqu'au quatrième degré; les membres du Conseil qui ont des intérêts professionnels communs entre eux ou avec le médecin cité; un membre du Conseil auteur de la plainte ou visé par elle ». Un de ces cas de récusation d'office est obscur. Que faut-il entendre par « intérêts professionnels communs ? » Les Instructions s'appuient sur « les cas précisés par le règlement », ce qui revient à supposer résolue la question à résoudre.

Le jugement rédigé par le secrétaire général, et qui doit mentionner les noms des membres présents, peut n'être rendu que dans une séance ultérieure qui se tiendrait au plus tard un mois après l'audience (art. 33). Il est inscrit sur un registre spécial et signé du Président ou du vice-président qui a siégé et du Secrétaire général (art. 35). Il est notifié par le Président au médecin dans la quinzaine du prononcé, par lettre recommandée avec accusé de réception (art. 34). « Il est également dans le même délai porté à la connaissance du Président du Conseil supérieur » (même article complété par révision).

Si le médecin poursuivi fait défaut sans motif considéré comme valable par le Conseil, l'affaire est jugée sur pièces, le rapporteur entendu. Une affaire peut être renvoyée, d'office ou sur demande, si cette remise est jugée opportune (art. 36). La décision par défaut est notifiée par lettre recommandée du Président avec accusé de réception, dans la quinzaine du prononcé. L'opposition est recevable dans les mêmes formes et le même délai de quinzaine après notification (art. 37). Le règlement ne stipule pas que l'opposition n'est pas recevable contre une seconde décision par défaut. Mais la règle « opposition sur opposition ne vaut » a une portée générale.

Tout jugement peut être frappé d'appel devant le Conseil supérieur de l'Ordre (art. 14 L. 7 oct. 1940; art. 40 Règl.) par lettre recommandée avec accusé de réception, adressée au Président du Conseil supérieur de l'Ordre et au Président du Conseil départemental, dans les trente jours, soit de la notification, s'il s'agit d'une décision contradictoire, ou rendue sur opposition, soit de l'expiration du délai d'opposition, si le jugement a été rendu par défaut. Cette lettre doit énoncer les griefs contre la sentence rendue et les moyens produits en vue de sa réformation. Toutes pièces utiles doivent y être jointes en original, ou en copies certifiées conformes.

L'appel a un effet suspensif et dévolutif. Le dossier est transmis sans retard au Président du Conseil Supérieur. La peine prononcée par le Conseil départemental est exécutoire immédiatement après expiration du délai d'appel, sauf disposition contraire de la part du Conseil (art. 41).

En matière d'*infraction aux lois sociales*, la procédure comporte quelques dispositions spéciales. Elles se groupent autour de l'avis préalable du contrôle technique et de l'intervention de l'organisme social intéressé à l'instance, par dérogation au principe du droit disciplinaire qui écarte le plaignant des débats. La plainte est transmise par le Président au service du contrôle technique. Si le contrôle technique estime que les faits reprochés ne nécessitent ni enquête, ni sanction, il en donne avis motivé au président et à l'organisme intéressé. Si la plainte apparaît sérieuse, le contrôle technique procède à son instruction. Il la communique au médecin; il l'interroge, ainsi que tous sachant et procède aux démarches et investigations nécessaires (art. 44). S'il estime que les faits doivent recevoir une sanction, il transmet le dossier avec avis motivé au Président. Celui-ci en saisit le Conseil qui décide de la nécessité de la poursuite. L'organisme social intéressé est avisé de la décision du Conseil (art. 45). La procédure est ensuite la même qu'en matière disciplinaire, sauf sur quatre points. 1° L'organisme plaignant est convoqué à l'audience. Il peut faire présenter ses observations, soit par un mémoire déposé dix jours avant l'audience au secrétariat du Conseil, soit à l'audience, par un mandataire médecin inscrit au tableau général de l'Ordre, ou par un avocat régulièrement inscrit au barreau. Le dépôt du mémoire n'exclut pas l'intervention orale (art. 46). 2° L'accusation est soutenue par un délégué du contrôle technique, qui présente ses observations après l'organisme social intéressé et avant le médecin poursuivi (art. 47). 3° La notifica-

tion par lettre recommandée du président du Conseil départemental avec accusé de réception, dans la quinzaine du prononcé, est adressée non seulement au médecin poursuivi mais aussi à l'organisme social partie à l'affaire (art. 48). 4° L'appel est ouvert à l'organisme social intéressé, qui doit le notifier au médecin adversaire, et réciproquement (art. 49). En résumé, dans les affaires d'infractions aux lois sociales, le contrôle technique joue le rôle du ministère public et l'organisme social celui de la partie civile (moins la réparation par dommages et intérêts) devant les juridictions pénales. D'après l'article 50 « dans les cas où la loi invoquée prévoirait une procédure et des peines différentes ou autres que celles déterminées au présent règlement, il devra être procédé et jugé conformément aux dites lois ». En effet, toutes les lois sociales (assurances sociales, accidents du travail, assistance médicale gratuite et pensions militaires) possèdent un système propre de contrôle des soins médicaux. Pour les accidents du travail, l'Ordre peut revendiquer le contrôle des soins, attribué aux Conseils de famille et au groupement national des syndicats par l'art. 4 § 2 L. 9 avril 1898, modifiée par L. 1er juil. 1938. Pour les assurances sociales, le contrôle technique est prévu par l'art. 8 D. 28 oct. 1935 et réalisé par les anciennes conventions syndicat-caisse visées notamment par D. 11 juillet 1939, portant règlement général d'administration publique. Dans ces deux premiers cas, il serait facile d'appliquer le règlement de l'Ordre, si les lois ne prévoyaient par une Commission supérieure de contrôle (sur appel et, en matière d'assurances sociales, premier et dernier ressort pour les litiges non soumis, en l'absence de convention, aux groupements professionnels nationaux de praticiens), disposition légale susceptible de conduire à des conflits insolubles entre cette Commission et le Conseil supérieur de l'Ordre. En ce qui concerne l'assistance médicale gratuite et les soins aux pen-

sionnés de guerre (Commission tripartite départementale et Commission supérieure de surveillance et contrôle; art. 25 et s. D. 25 oct. 1922, modifié par D. 12 déc. 1935) la question est encore plus délicate, puisque ce sont les Administrations qui exercent elles-mêmes le contrôle médical. Aussi, tant qu'une réforme législative n'aura pas confié le contrôle des soins à l'Ordre, le règlement relatif aux lois sociales restera à l'état de projet. Par contre, sous le régime en vigueur, s'appliquera l'art. 51 qui décide que « tout médecin condamné pour infraction aux lois sociales peut être traduit pour les mêmes faits devant le Conseil de l'Ordre siégeant en Conseil disciplinaire, dans le cas où les faits reprochés constitueraient une des fautes énoncées à l'article 28 » (relatif à la compétence disciplinaire).

De la juridiction disciplinaire du Conseil supérieur. — Elle est identique, dans ses formes et délais de procédure, à celle du Conseil départemental, à deux exceptions près : 1° L'art. 21 décide que la décision motivée doit « répondre aux moyens présentés dans la lettre d'appel. Elle n'est valablement rendue que si huit membres du Conseil au moins sont présents à l'audience. Toutefois, en raison de l'état de guerre, et tant que subsisteront les zones libre et occupée, le Conseil peut siéger soit en zone libre, soit en zone occupée; cinq membres (six primitivement) doivent être présents à l'audience en zone occupée, et trois en zone libre, pour que les décisions soient valables... » La règle du fonctionnement normal fixant le quorum à huit juges, soit les deux tiers des membres du Conseil, est satisfaisante. Même à titre exceptionnel, le chiffre de trois pour la zone libre est beaucoup trop faible (deux membres, soit le sixième de l'effectif du Conseil aptes à prononcer les condamnations les plus graves en appel !). Le quorum devrait être porté à six juges dans les deux zones par

adjonction éventuelle de Présidents de conseils départementaux de la même zone, soit par tirage au sort, soit par désignation des plus âgés, celui du conseil ayant pris la décision dont appel étant naturellement exclu. 2° L'opposition n'est pas ouverte devant le Conseil Supérieur.

Une différence doit être signalée au sujet de l'appel, entre les affaires disciplinaires et les affaires d'infractions aux lois sociales. Dans le second cas, l'appel étant ouvert à l'organisme social intéressé comme au médecin, il en peut résulter une aggravation de peine pour ce dernier. Dans le premier cas, au contraire, l'appel n'appartient qu'au condamné. Il ne peut donc que lui profiter, sans lui nuire, et, à l'appui de sa décision, la juridiction du second degré ne pourrait soulever d'office des griefs nouveaux contre lui, à l'exception de griefs d'ordre public.

Enfin, conformément à la loi (art. 14) l'art. 27 déclare que les décisions du Conseil supérieur peuvent être déférées au Conseil d'Etat pour excès de pouvoir, dans les formes et délais prévus par les lois, règlements et usages administratifs.

Des peines disciplinaires. — La proposition adoptée par le Congrès Médical de 1845 prévoyait « cinq ordres de peines disciplinaires : 1° l'admonition; 2° la réprimande; 3° la censure; 4° la radiation temporaire du tableau du collège; 5° la radiation absolue qui sera également déterminée par les peines afflictives et infâmantes pour les délits autres que les délits politiques ». Très nuancée, la proposition de loi adoptée par le Sénat le 14 fév. 1935 distinguait : « L'avertissement; la réprimande; l'interdiction temporaire ou permanente d'exercer une, plusieurs ou la totalité des fonctions médicales conférées ou rétribuées par l'Etat, les départements, les communes, les établissements publics, les établissements reconnus d'utilité publique, ou des fonctions médicales ac-

complies en application des lois sociales; l'interdiction temporaire d'exercer la médecine, cette interdiction temporaire ne pouvant excéder une année; la radiation du tableau de l'Ordre » (art. 43). Dans la loi belge du 25 juil. 1938 (art. 13) les sanctions dont dispose le Conseil de l'Ordre sont : « l'avertissement, la censure, la réprimande, la suspension du droit d'exercer l'art de guérir pendant un terme qui ne peut excéder deux années et l'interdiction définitive de pratiquer l'art de guérir en Belgique. » Pour les avocats, le décret organique du 20 juin 1920 prévoyait « l'avertissement, la réprimande, l'interdiction temporaire, laquelle ne peut excéder une année; la radiation du tableau des avocats ou de la liste du stage » (art. 32). La durée de l'interdiction temporaire est portée à un maximum de trois années par l'art. 32 L. 26 juin 1941. Les peines disciplinaires de l'Ordre des architectes sont celles de l'Ordre des médecins (L. 31 déc. 1940, article 16). La plupart des textes comportent en outre des déchéances d'électorat et d'éligibilité aux Conseils, que ne manqueront certainement pas d'établir les règlements d'administration publique prévus par l'art. 18 L. 7 oct. 1940. Cet exposé montre l'uniformité d'ensemble de l'échelle des sanctions disciplinaires. Pour les médecins, elles se divisent en peines morales (blâme et avertissement) et peines privatives de l'exercice de la profession (suspension et radiation). Ces pénalités sont légales (art. 13) et leur énumération est limitative. L'Ordre ne saurait en instituer d'autres (par exemple, amende) ou les modifier (par exemple, suspension ou radiation partielles, selon les modalités de l'art. 43 propos. sénat. 14 fév. 1935). L'amende était considérée avec faveur par les médecins. Ses avantages sont incontestables : caractère punitif très net, divisibilité extrême permettant une individualisation très poussée et la possibilité de coïncidence étroite avec la gravité de l'infraction et la situation patrimoniale présumée, sinon réelle, du délinquant. Mais l'autorité disciplinaire « ne peut prononcer une peine qui serait une atteinte à la liberté

personnelle ou à la propriété de l'agent. D'après le droit moderne, particulièrement le droit français, la liberté et la propriété de tout individu sont placées sous la sauvegarde de l'autorité judiciaire... Les peines disciplinaires consistent essentiellement en des décisions relatives à l'exercice de la fonction elle-même » (Duguit). En vertu de ces principes juridiques, une amende légère — atteinte à la propriété — ne peut être infligée par la juridiction disciplinaire, apte à prononcer la radiation — aux conséquences pécuniaires très graves — parce que la radiation est relative à l'exercice de la fonction. Les suspensions ou radiations partielles, prévues par le texte sénatorial, offraient l'avantage de permettre une adaptation étroite de la pénalité à la nature de l'infraction. En fait, l'art. 1er D. 9 juin 1934, dit de « réversibilité des sanctions » qui dispose que « les médecins... dont les services sont utilisés à un titre quelconque par deux ou plusieurs administrations publiques cesseront d'office d'exercer leurs fonctions s'il sont l'objet d'un licenciement, d'une suspension ou d'une exclusion par l'une d'entre elles pour un motif d'ordre pénal ou disciplinaire », tendrait à rendre inutile en pratique cette faculté. Mais la légalité de ce décret paraît suspecte, car il est douteux qu'un texte réglementaire puisse priver les praticiens des garanties accordées par les textes spéciaux concernant les diverses administrations. Cette sanction très souple de la suspension ou de la radiation partielles mériterait d'être introduite dans l'échelle des peines par une loi complémentaire.

Le blâme en chambre du conseil est inscrit au procès-verbal de la séance et ne « doit jamais être divulgué » (art. 39). Le règlement intérieur prescrit l'inscription de l'avertissement, de la suspension et de l'interdiction définitive sur le registre des décisions disciplinaires. Il ne précise pas sous quelle forme, mais les Instructions pour le fonctionnement du Conseil de discipline stipulent que

« le registre des délibérations doit toujours rester secret, et que le jugement seul peut être communiqué. Les conseils de discipline auront donc à tenir deux registres, l'un pour les délibérations et l'autre pour les décisions ». En matière disciplinaire, les décisions ne doivent être connues dans leurs considérants de personne, en dehors du médecin poursuivi, du conseil supérieur, juridiction du second degré et du conseil d'Etat, juge de la légalité. En matière d'infractions aux lois sociales, il faudra reconnaître ce droit de communication à l'organisme plaignant, parce qu'il sera partie à l'instance.

Pour l'avertissement public, le règlement admet la communication du registre des décisions disciplinaires « pour un cas précis, aux médecins inscrits au tableau général de l'ordre national, et aux personnes ou organismes qui, sur demande motivée, y seront autorisées par le bureau (Conseil Supérieur), par trois membres du Conseil, dont le président ou son délégué (Conseil départemental). Cette commnication ne sera faite qu'en présence d'un représentant du conseil ». Ces dispositions, disent les Instructions, visent à organiser une publicité réelle, comme le prescrit la loi, mais cependant « assez réduite, car il ne s'agit que d'une peine relativement légère ». Dans la loi instituant l'Ordre des Architectes du 31 déc. 1940 (art. 16) « l'avertissement public avec inscription au dossier personnel » est devenu « avertissement avec inscription au dossier ». Cette rédaction postérieure, dans une échelle de peines identique, a la valeur d'une retouche. On souhaiterait une correction légale étendant aux médecins la suppression d'une publicité que le règlement de l'Ordre s'efforce de restreindre. Les peines de suspension et d'interdiction définitive doivent s'accompagner d'une publicité indispensable pour en assurer l'exécution. La loi instituant l'Ordre des Architectes prescrit (art. 16) que « les décisions portant suspension ou radiation du tableau sont publiées dans

un journal d'annonces légales de la circonscription à laquelle appartient l'intéressé. » Pour l'Ordre des médecins, en l'absence de disposition légale, le règlement décide qu'elles sont notifiées à toutes autorités judiciaires et administratives mentionnées dans la décision, ainsi qu'à tous les Conseils départementaux, dans la quinzaine du prononcé, par lettre recommandée du président avec accusé de réception. Une note précise que l'autorité judiciaire est représentée par le parquet et l'autorité administrative par le préfet, le directeur régional de la Famille et de la Santé. Une revision a supprimé la notification aux autorités civiles, prévue par le texte initial.

Le droit reconnu à la juridiction disciplinaire de prononcer la suspension, et à plus forte raison l'interdiction de l'exercice de la médecine, a soulevé naguère de vives polémiques. De bons esprits s'effrayèrent et témoignèrent de leurs inquiétudes et de leur hostilité, tel le Dr P. Boudin : « Ses membres (du Conseil) peuvent prononcer un simple avertissement; ils peuvent aussi condamner un médecin à la misère pour tout jamais, en le privant de son gagne-pain... Il sera condamné à mourir de faim, à devenir clochard, le docteur en médecine indigne, interdit; à partir d'un certain âge, le médecin est incapable de faire autre chose que de la médecine : son diplôme ne lui sert qu'à soigner des malades et ne lui ouvre aucun autre débouché... L'arbitraire permet l'assouvissement des petites vengeances locales... Ne peut-on donc pas craindre, quels que soient le scrupule et l'honnêteté des membres d'un Conseil de l'Ordre départemental, que ceux-ci ne se laissent aller à une sévérité par trop excessive, surtout en présence de confrères récidivistes et indisciplinés ? » Obéissant aux mêmes appréhensions, d'aucuns eussent souhaité la division des fautes déontologiques en légères, graves et très graves, classement parallèle à celui des infractions pénales en contraventions, délits et crimes. Outre la difficulté de ce

classement *a priori*, la gravité des fautes déontologiques est trop fonction des circonstances de fait, d'éléments moraux et de la personnalité du délinquant, pour s'adapter à des cadres rigides. Par contre, il est incontestable que l'extrême sévérité de la radiation du tableau exige les garanties les plus sérieuses. La procédure juridictionnalisée que nous venons d'analyser est-elle suffisante ou devrait-elle être complétée par des précautions supplémentaires ? Nous inclinons à réclamer soit des garanties spéciales à la radiation dans l'organisation disciplinaire actuelle, soit un changement de structure de cette organisation même.

Dans le premier cas, nous subordonnerions la radiation aux conditions suivantes : 1° Majorité spéciale des deux tiers des sièges du Conseil (et non seulement des deux tiers des membres présents, comme dans la loi belge, art. 15), en première instance comme en appel. 2° Condamnation antérieure définitive à une suspension de trois mois au moins, sauf si la radiation est consécutive à une condamnation définitive par la juridiction répressive pour crimes ou délits prévus par l'art. 25 L. 30 nov. 1892. Majorité importante, avertissement sérieux préalable ou sanction grave par une juridiction pénale, donc indépendante de l'Ordre, nous semblent des précautions légitimes, mais suffisantes pour apaiser scrupules et appréhensions. Les règlements d'administration publique prévus par la loi du 31 déc. 1941 pourraient réaliser cette modification. Le second mode de réforme découle de la critique de la structure légale de l'organisation disciplinaire. Comme l'organisation administrative, elle est moulée, en première instance, sur le département. Or, trop de conseils ont un effectif restreint, trop de litiges risquent d'être obscurcis par des rivalités professionnelles, des mesquineries de voisinage, « des querelles de clochers », ou des camaraderies, dont il est ardu de s'évader pour juger avec une impartiale séré-

nité. Sur le plan départemental, certaines décisions pourront être troublées par ces facteurs, beaucoup seront soupçonnées de partialité. Dans la proposition sénatoriale du 14 fév. 1935 (art. 43) le conseil de l'ordre départemental n'avait pas le pouvoir de juridiction. Il introduisait l'instance et saisissait aux fins de jugement le conseil de discipline de l'Ordre, juridiction de première instance, formé par la réunion des délégués (dont le président) de deux ou trois conseils départementaux du même ressort de Cour d'Appel. Cette disposition mériterait d'être introduite dans la législation, car il est évident qu'elle dépasse les limites d'un règlement. Le cadre serait celui de la future province (comme en Belgique, L. 25 juil. 1938, art. 3) ou de la région sanitaire, déjà créée (L. 15 oct. 1940) et d'ailleurs vraisemblablement appelée à coïncider d'une façon plus ou moins rigoureuse avec la province. Dans le cadre provincial ou régional, les influences locales tyranniques seraient diluées et l'inconvénient des quorums squelettiques disparaîtrait. Chaque département déléguerait son président (ou vice-président en cas d'empêchement) et des conseillers en nombre inversement proportionnel à celui des départements compris dans la circonscription. Le Conseil serait présidé par le plus ancien, ou à égalité d'ancienneté, par le plus âgé des présidents des conseils départementaux auxquels n'appartiendrait pas l'inculpé. Le Conseil départemental du médecin prévenu exercerait la fonction d'instruction et déciderait de l'opportunité d'introduire l'instance. Sans préjuger de la solution définitive, les raisons très fortes que nous venons d'exposer militent en faveur d'une réforme de la juridiction de première instance dont la charge est trop lourde sur le plan départemental.

Le conseil supérieur a terminé les deux règlements intérieurs (art. 33, Conseil Supérieur; art. 52, Conseil départemental) en les déclarant provisoires et appelés à re-

vision et modifications après la parution du règlement d'administration publique prévu par l'art. 18 L. 7 oct. 1940.

La radiation du tableau entraînant interdiction d'exercer est une peine d'une extrême sévérité. Le malheureux qui l'a encourue peut racheter sa faute par sa conduite ultérieure et se montrer digne de clémence. Le règlement l'a prévu. L'art. 26 Règlement Conseil Supérieur (reproduit par l'art. 42, Règlement conseil départemental) décide que « l'interdiction d'exercer la médecine peut exceptionnellement être revisée d'office, ou à la demande de l'intéressé, par le Conseil supérieur de l'Ordre, notamment pour actes de dévouement ou services éminents rendus à la patrie ou à la science ». Le relèvement de l'incapacité est donc considéré comme tout à fait exceptionnel, et les conditions auxquelles il est subordonné ne se rencontreront guère dans la pratique (abnégation au cours d'une épidémie, découverte d'un vaccin, d'un sérum, etc.). Par contre, aucun délai n'est prévu. L'art. 48 de la proposition sénatoriale n'envisageait pas des causes aussi extraordinaires, mais exigeait un délai d'épreuve de trois ans avant la requête, renouvelable dans le même délai, après rejet. Le même article prenait en considération un autre aspect de la radiation : « Dans le cas où la radiation du tableau serait la conséquence d'une condamnation prononcée par une juridiction répressive en exécution de l'article 25 de la présente loi (30 nov. 1892), la demande en relèvement ne sera recevable qu'autant que la condamnation pénale aura été effacée par une loi d'amnistie, un arrêt de revision, ou en vertu de la loi du 26 mars 1891; aucune condition de délai ne sera, en ce cas, exigée pour l'introduction de la première demande en relèvement. Mais, si cette demande est rejetée au fond, les recours subséquents seront subordonnés au délai de trois ans ». Le silence du Règlement est une lacune. La modification de

la situation du délinquant à l'égard de la répression pénale oblige la juridiction disciplinaire à statuer de nouveau, mais elle reste maîtresse de sa décision, dans la mesure où les faits délictueux restent constants, en matière d'amnistie, par exemple. Seule la revision proclame l'innocence du condamné, et entraîne la disparition de toutes les conséquences de la culpabilité, dont la radiation. Dans ce cas, le Conseil disciplinaire devrait relever le médecin de son incapacité, sans pouvoir d'appréciation.

La loi du 7 oct. 1940 est muette sur le sursis. Il est inutile pour le blâme, qui ne doit jamais être divulgué. Pour l'avertissement, on pourrait admettre le sursis à la publicité — à défaut de l'interdiction légale désirable — et la disparition du dossier à l'expiration des cinq années du délai d'épreuve. La radiation du tableau, mesure radicale d'élimination, ne paraît pas susceptible d'en bénéficier, en raison de la gravité de la faute qu'elle suppose. On ne saurait oublier que la loi du 26 mars 1891 ne s'applique pas aux peines plus rigoureuses que l'emprisonnement correctionnel. La suspension temporaire serait le véritable domaine du sursis. A l'égard d'un délinquant primaire, la juridiction disciplinaire pourrait prendre une décision sévère, douée d'un pouvoir d'intimidation considérable, sans risquer de compromettre le relèvement du coupable par les conséquences, parfois irrémédiables, de l'interruption de la profession (scandale, dispersion de clientèle...). Aussi, selon le vœu de nombreux auteurs, souhaiterions-nous l'introduction du sursis, dans les termes de la loi du 26 mars 1891, quant à la publicité (regrettable) et l'inscription au dossier de l'avertissement; surtout quant à l'exécution de la suspension; le blâme en étant exclu par sa nature et la radiation par sa gravité.

La loi du 7 oct. 1940 n'avait prévu aucun procédé de contrainte à l'exécution des peines privatives d'exercice

de la médecine. En vain les auteurs s'ingéniaient à pallier le caractère platonique des sanctions disciplinaires. Une sanction pénale était nécessaire, et puisque la suspension ou l'interdiction définitive privent le médecin d'une condition légale d'exercice de sa profession, cette sanction devait être celle de l'exercice illégal. Comme les juridictions répressives sont liées restrictivement par les textes positifs, une modification de la législation relative à l'exercice illégal de la médecine était indispensable. Elle a été réalisée par la loi du 26 mai 1941, modifiant L.L. 30 nov. 1892 et 26 juil. 1935 sur l'exercice de la médecine et de l'art dentaire. L'art. 26 applique les peines de l'exercice illégal aux médecins qui continuent à exercer leur profession malgré suspension temporaire ou incapacité absolue prononcées par la juridiction répressive, accessoirement à la peine principale, ou par la juridiction disciplinaire, dans les conditions spécifiées par l'art. 13 L. 7 oct. 1940. La rédaction de l'art. 26 corrige l'étroitesse de la définition de l'exercice illégal maintenue par l'art. 16. L'expression générale « continuent à exercer leur profession », vise toute activité professionnelle, et non plus seulement la participation au traitement des affections médicales ou chirurgicales. Les difficultés nées de la définition de la loi du 30 nov. 1892, qui subsistent à propos du tableau, ont donc disparu en matière disciplinaire.

Conclusion. — La juridiction disciplinaire est la création capitale de l'institution de l'Ordre, celle dont l'utilité est la plus incontestable. La brève loi du 7 oct. 1940 s'est bornée à poser les principes et à donner un schéma général. Le soin de l'organisation a été laissé, provisoirement, au Conseil Supérieur qui, dans le cadre tracé par le législateur, a réalisé, par voie de réglementation interne, une procédure entièrement juridictionnalisée. C'est le meilleur éloge qu'on en puisse faire. Cette œu-

vre importante porte l'empreinte de « mains d'ouvriers ». Elle ne réclame que peu de retouches de détail, mais exigerait deux réformes qui relèvent du législateur. 1° La transformation de la juridiction de première instance, fonction à laquelle le Conseil Départemental est peu apte; 2° L'investiture d'une loi de procédure. Cette seconde réforme est écartée par la loi du 31 déc. 1941 qui se borne (art. 1 et 4) à prévoir des règlements d'administration publique, d'ailleurs supérieurs à la simple réglementation d'ordre intérieur.

La juridiction disciplinaire, pourvue de règlements lui permettant de juger selon des formes régulières, a été aussi dotée d'un règlement de morale professionnelle qu'elle aura mission d'appliquer. Nous terminerons par l'analyse de ce document essentiel, « le Code de Déontologie ».

Chapitre VI

DU CODE DE DEONTOLOGIE

La déontologie, au sens étymologique, est l'étude des devoirs. La déontologie médicale est donc la morale du médecin, spéciale et corporative au regard de la morale générale, dans la mesure où la profession créé des devoirs particuliers en plus des obligations morales communes à tous les hommes. D'une manière plus large et positive, la déontologie peut se définir comme l'ensemble des règles de conduite du médecin dans l'exercice de sa profession. Ces règles découlent d'une part de la législation en vigueur, d'autre part de la tradition. Si la législation évolue selon les contingences du milieu social, la tradition, sauf adaptations de détail aux mêmes circonstances, représente une base immuable, dont les principes normatifs essentiels n'ont point varié depuis leur traduction magnifique dans le texte impérissable du serment d'Hippocrate. « Le fait que la tradition se soit conservée intacte à travers les siècles dans ses parties essentielles suffit à montrer que les obligations qu'elle édicte ne constituent point des règles arbitrairement posées par quelque corporation jalouse de sa dignité et de ses privilèges, mais qu'elles représentent au contraire des conséquences nécessaires de l'existence même de la profession médicale » (H. Verger).

L'idée de codifier les règles de conduite du médecin dans l'exercice de sa profession est déjà ancienne. En

juillet 1900, le Congrès international de Médecine professionnelle et de Déontologie médicale émet le vœu qu'il soit procédé à la rédaction d'un Code de Déontologie médicale international, et, pour sanctionner cette mesure, à la création de chambres médicales ou d'Ordres de médecins dans toute agglomération médicale. Sont donc déjà associés les deux éléments : Ordre des médecins et Code de déontologie. Les deux principes progressent, mais la codification est en avance. En dehors de nombreux projets de réalisation plus ou moins poussée, entre autres le Syndicat des médecins de Toulouse adopte en 1909-1910 un règlement de déontologie en plus de 60 articles; le Syndicat professionnel des médecins bordelais vote, en assemblée générale, le 3 juil. 1914, un « Code raisonné de déontologie médicale »; le conseil de la Fédération des Syndicats médicaux de l'Hérault adopte le 23 oct. 1920 un Code de Déontologie en 32 articles, très complet dans sa brièveté. Après des études approfondies, la Confédération des Syndicats Médicaux Français publie en octobre 1931 un règlement de déontologie médicale en 51 articles, divisé en cinq titres : devoirs généraux du médecin (art. 1 à 6); devoirs des médecins envers les malades (7 à 18); devoirs des médecins concernant les collectivités (19 à 22); devoirs de confraternité (23 à 39); honoraires (40 à 51). Le règlement, qui n'a reçu que des retouches insignifiantes, est resté pendant une dizaine d'années le guide de vingt mille médecins français. Publié dans le numéro 1, avril 1941, du *Bulletin de l'Ordre des Médecins,* le Code de Déontologie se compose : d'un Préambule, de quatre titres subdivisés en sections, d'un total de 67 articles. Le titre I (14 art.) est consacré aux devoirs généraux du médecin; le titre II (25 art.) aux devoirs en clientèle libre; le titre III (préambule et 19 art.) au secret professionnel; le titre IV (préambule et 9 art.) à la médecine sociale et à la médecine collective. Le Code est suivi d'Instructions pour son application.

Le préambule débute par une solennelle Déclaration des Devoirs : « Le médecin est au service des malades : c'est un service sacré. Il doit l'assurer en toutes circonstances, même au prix de son propre intérêt et au risque de sa vie. Il doit garder le sens de la responsabilité sociale et ne jamais aliéner son indépendance professionnelle. Par la dignité de sa vie, il doit faire respecter en sa personne la médecine tout entière ». A cette tirade grandiloquente, il est permis de préférer les termes plus mesurés, donc plus juridiques, du préambule du Règlement confédéral : « L'honneur professionnel du médecin consiste à répondre entièrement à la confiance du malade, même au prix du sacrifice de son intérêt personnel, et à s'inspirer uniquement, dans ses conseils et dans ses actes, de la santé de ses clients. »

Titre I. — Devoirs généraux du médecin

Le médecin ne peut, en aucun cas, se refuser à donner des soins d'urgence. « L'urgence prime tout » (art. 1er). Il ne doit pas abandonner son poste en cas de danger (épidémie, guerre, émeutes, etc.) sauf maladie grave ou ordre d'évacuation d'une autorité compétente (art. 2).

L'article 3 primitif décidait que : « l'exercice de la médecine est incompatible avec tout mandat politique soumis à l'élection. Il doit être cessé trois mois avant tout acte de candidature ». Le texte était muet, de même que les Instructions, sur les motifs de cette innovation. Sous le régime politique de la constitution de 1875 cet article était contraire à l'ordre public. En effet, la cessation de l'exercice trois mois avant la candidature éliminait les praticiens sans fortune, de même que l'existence de certains mandats gratuits; le scrutin de ballottage suivait le premier vote à une semaine d'intervalle, d'où l'impossibilité d'une première candidature à ce scrutin; inéligibilités ou incompatibilités constituant des

limitations à la liberté de candidature et de choix des électeurs, donc des entraves à la libre expression de la souveraineté nationale, ne pouvaient être créées que par la loi; enfin, les incompatibilités, vu leur but d'assurer l'indépendance de l'assemblée et non la protection du corps électoral, ne visaient pas le candidat, mais l'élu. « La révision attentive » du Code a abouti très vite à d'importantes modifications. Le nouvel art. 3 déclare que « le médecin qui se propose de poser sa candidature à un mandat politique soumis à l'élection doit cesser l'exercice de la profession médicale trois mois avant l'ouverture de la période électorale et jusqu'à la fin de celle-ci. Cette interdiction ne s'applique pas aux candidatures à un mandat municipal ». D'autre part, les Instructions s'enrichissent enfin d'une explication : « L'art. 3 Code Déontologie se propose d'éviter l'usage abusif et démagogique des actes professionnels en vue d'obtenir un mandat électoral. Il n'est pas dans l'esprit du Conseil supérieur de l'Ordre d'interdire l'exercice de la profession à un homme politique, mais seulement au médecin *candidat* à un mandat, pendant la période électorale. La nouvelle rédaction de l'art. 3 apporte toutes les précisions nécessaires. » Il est évident que les termes sont moins vagues; que les mandats municipaux sont soustraits à l'interdiction; que cette dernière ne vise plus que le médecin candidat — s'il n'était pas dans l'esprit du Conseil supérieur « d'interdire l'exercice de la profession à un homme politique » pourquoi l'écrire de la façon la plus indiscutable ? —; enfin que les dirigeants de l'Ordre tentent la justification de leur décision par un motif professionnel. On ne peut néanmoins s'empêcher de penser que le conseil supérieur a eu la faiblesse de céder à une certaine hostilité contre le régime politique électif, et qu'il a dû battre en retraite devant des forces puissantes. Sa position de repli n'est pas mieux défendable, car, quelque modalité que revête une consti-

tution, l'élection ne peut tendre que vers la sélection des plus aptes et dans ce but le législateur se réserve la réglementation de l'électorat, de l'éligibilité et des incompatibilités. Or, l'art. 3 ne tend à rien moins qu'à créer, par voie de réglementation interne, une incompatibilité au profit des médecins dégagés des contingences matérielles. Contraire à l'ordre public, il devra disparaître, soit par abrogation pure et simple, soit par annulation pour illégalité.

L'art. 4 interdit à tout médecin de faire de la publicité. Il énumère limitativement les inscriptions permises et leur mode de publication. La liste des titres universitaires, scientifiques ou professionnels autorisés sera tenue à jour par le Conseil Supérieur. Les articles de vulgarisation dans la presse destinée au grand public sont soumis à diverses règles. Ils doivent être anonymes. Le pseudonyme, trop souvent transparent, n'est pas admis. Cependant, le Conseil départemental pourra autoriser leur signature lorsqu'il s'agira d'articles utiles à la diffusion de certaines notions essentielles dont l'influence sera renforcée par l'autorité de l'auteur (Instructions). Ces articles de vulgarisation « ne doivent comporter que des indications d'ordre général relatives aux grandes questions de médecine ou d'hygiène, et doivent éviter toute mention de caractère commercial.. » Conférences de vulgarisation devant le public ou par T.S.F., enregistrements de causeries médicales sur disques de phonographe et, « d'une manière générale, tout mode de vulgarisation médicale », ainsi qu'interviews aux journalistes de la grande presse sont subordonnés à l'agrément du Conseil départemental. Ce règlement s'applique même aux personnes n'exerçant plus leur profession. Il convient de remarquer que l'illicité de tous contrats de publicité ou de vulgarisation ne saurait être opposée aux tiers (agents de publicité, directeurs de journaux) parce que le droit disciplinaire dont dépend leur cocontractant

leur est indifférent; qu'en conséquence, ils seront admis à exiger l'exécution du contrat, dont, en ce qui les concerne, la cause est licite et que l'obligation de faire (conférences, articles de presse, etc.) non exécutée par le médecin débiteur, se résoudra en dommages et intérêts (art. 1142 Civ.), tant que cette disposition n'aura pas été incorporée par décret rendu en conseil d'Etat (L. 31 déc. 1941, art. 1er § 2) dans le statut de la profession.

L'article 5 interdit le charlatanisme, à savoir, « d'une manière générale, toute tromperie des malades dans un but de lucre ». Il énumère : 1° L'usurpation ou les procédés destinés à tromper le public sur la valeur des titres possédés; 2° Les promesses fallacieuses de guérison; 3° « Les bénéfices excessifs ou injustifiables dus à l'usage habituel de thérapeutiques dont l'efficacité n'est pas suffisamment établie par les preuves scientifiques ou par l'usage. » Le procédé charlatanesque visé en dernier lieu implique en général un traitement univoque, de valeur en soi sinon nulle, du moins toujours discutable, consistant en actes médicaux multiples et coûteux, susceptible de guérir les affections les plus disparates, à moins qu'il ne ramène à une maladie unique les symptômes les plus divers. Accessoirement, mais le plus souvent, la méthode est « vulgarisée par une publicité scandaleuse » et, bien entendu, vu son but d'exploitation industrielle, elle est « appliquée sans discernement à tous ceux qui se présentent ». Par ces caractères externes, ce mode de charlatanisme pourra souvent être l'objet de poursuites disciplinaires. Il est néanmoins à la limite de la délicate controverse d'ordre scientifique interdite à l'Ordre.

L'art. 6 groupe huit variétés d'agissements interdits que les Instructions intitulent « Procédés commerciaux en médecine ». L'art. 5 Règl. Conféd., reproduit presque intégralement, réunissait ces agissements sous l'appellation plus adéquate « d'actes de rabattage ou de com-

pérage ». Sont prohibés : le versement ou l'acceptation clandestins d'argent; le versement ou l'acceptation d'une commission pour faits d'ordre médical; toute ristourne en argent ou en nature à un malade ou blessé; tout acte dont peut résulter, pour le malade, un bénéfice illicite; toute protection accordée à un fauteur d'exercice illégal de la médecine; « toute collaboration à une entreprise commerciale de soins organisée à leur profit par des personnes étrangères à la médecine et dont le médecin est un agent rémunéré; toute collaboration à une entreprise de soins où le médecin n'a pas sa complète indépendance professionnelle ». Cet article présente une importance considérable au point de vue de la morale professionnelle. Le motif et la portée de la plupart de ses dispositions se passent de commentaires. Certaines sont d'ailleurs déjà assorties de sanctions pénales, auxquelles se juxtaposeraient les peines disciplinaires, telles : la ristourne ou promesse d'argent, en vue de drainer la clientèle, et la délivrance de certificats où sont sciemment dénaturées les conséquences de l'accident, pour procurer un bénéfice illicite (art. 30, § 4 L. 1er juil. 1938 sur les accidents du travail); la fraude ou fausse déclaration (art. 27, § 5 D.-L. 28 oct. 1935, sur le régime des assurances sociales); la complicité consistant à couvrir les faits d'exercice illégal (art. 16 L. 26 mai 1941); l'exercice de la médecine sous un pseudonyme et « les consultations gratuites dans les locaux ou les dépendances des locaux commerciaux où sont vendus les médicaments et les appareils que les médecins prescrivent ou utilisent » (même L., art. 5); enfin, répression de la perception par les médecins d'intérêts ou ristournes sur les médicaments, appareils, ainsi que de la formation ou du fonctionnement de sociétés dont le but manifeste est la recherche de ces intérêts ou ristournes (D.-L. 29 juin 1938). Une seule disposition de l'art. 6 appelle la critique : l'interdiction de toute collaboration à une entre-

prise commerciale de soins organisée à leur profit par des personnes étrangères à la médecine dont le médecin est un agent rémunéré. Presque toutes les maisons de santé sont des sociétés commerciales, c'est-à-dire créées en vue de la recherche de bénéfices à répartir entre des personnes pour la plupart étrangères à la médecine. Leur exploitation est cependant utile et licite. Il est normal que ces sociétés rémunèrent, dans l'intérêt de leur clientèle, un docteur résidant, dont la situation est parfaitement régulière, pourvu qu'il jouisse dans l'exercice de ses fonctions d'une complète indépendance professionnelle. En réalité, la lettre du texte en trahit l'esprit, mais une correction s'imposerait.

L'art. 7 « interdit à un médecin exerçant la profession médicale d'exercer toute autre profession paramédicale et en particulier, s'il est pourvu du diplôme de pharmacien, de tenir officine ouverte. Cette interdiction ne s'applique pas aux médecins dits propharmaciens. » Une circulaire du 9 janv. 1941 du président du conseil supérieur aux présidents des ordres départementaux prescrit que « le titulaire des deux diplômes optera. S'il opte pour la médecine, il aura un délai d'un an pour vendre son officine. » En vertu de l'art. 27 L. 21 germinal an XI, les médecins établis dans les communes dépourvues d'officine pharmaceutique peuvent « fournir des médicaments simples ou composés aux personnes près desquelles ils seront appelés, mais sans avoir le droit de tenir officine ouverte. » Tel est le fondement légal de la propharmacie maintenue par les articles 29 et 30. L. 11 sept. 1941 relative à l'exercice de la pharmacie. Hors cette exception au principe de la séparation, née de la nécessité, le médecin ne doit jamais fournir de médicaments à ses malades. « Ceci est une règle très générale bonne à servir de sauvegarde contre toute espèce de suspicion » (H. Verger). Dans l'exécution des ordonnances, le pharmacien possède un pouvoir de contrôle, non

de l'opportunité, mais de la rédaction matérielle et de la correction pharmocologique; dans le cas de substances vénéneuses, la signature du médecin constitue un instrument de contrôle administratif. Dès lors, il est fâcheux que la prescription des remèdes, l'exécution et la décharge, en matière de substances vénéneuses, soient concentrées en une même personne. Du point de vue déontologique, il est difficile aux médecins-pharmaciens d'échapper au double reproche d'achalander leur officine par le cabinet et réciproquement, comme d'être facilement tentés de pousser leurs clients médicaux à une consommation exagérée de médicaments. En tout cas, la correction confraternelle leur est d'une observation très délicate. Pour toutes ces raisons, la non-interdiction du cumul des deux professions apparaissait comme une lacune fâcheuse de la législation dont les efforts unanimes des groupements professionnels tendaient à obtenir réparation. L'art. 39 Règl. conféd. de déontologie considère comme « regrettable qu'un médecin pourvu du diplôme de pharmacien tienne officine ouverte ». En septembre 1935, l'Association professionnelle internationale des médecins vote que : « ...l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie ne saurait être admis ». Le législateur s'engageait d'ailleurs dans cette voie. Un décret-loi du 14 avril 1934 a interdit l'exercice simultané, à l'égard des bénéficiaires de l'art. 64 L. 31 mars 1919 (pensions militaires), des professions de médecin et de pharmacien, sauf en ce qui concerne la propharmacie, et mis les praticiens dans l'obligation d'opter pour l'une ou l'autre profession. A part cette exception, dans le silence des lois, toute personne munie des deux diplômes était admise par la jurisprudence à exercer les deux professions (Crim., 13 août 1841) et leur cumul allait en augmentant, en particulier dans les centres universitaires.

La décision prise par le Conseil Supérieur était souhai-

tée depuis longtemps et elle s'est révélée opportune. Mais l'Ordre était-il habilité à prendre cette mesure ? En d'autres termes, un règlement interne pouvait-il dépasser la loi positive, et édicter des prohibitions que celle-ci n'avait pas prévues ? Surtout pouvait-il se permettre un effet rétroactif, sans respect des situations acquises ? Malgré le but moral, l'existence de cette incompatibilité dans certaines colonies, comme Madagascar, le précédent des soins aux victimes de guerre, enfin l'argument d'analogie tiré de l'art. 3 L. 31 déc. 1940 instituant l'Ordre des Architectes, qui déclare que « la profession d'architecte est incompatible avec celle d'entrepreneur, industriel ou fournisseur de matières ou objets employés dans la construction », cet article apparaissait fort suspect d'être entaché d'excès de pouvoir. De toute manière, l'intervention du législateur était désirable. Elle est enfin venue couper court à toutes controverses. L'art. 20, § 1er, L. 11 sept. 1941 relative à l'exercice de la pharmacie, spécifie que « l'exploitation d'une officine est incompatible avec l'exercice d'une autre profession, notamment avec celle de médecin..., même si l'intéressé est pourvu des diplômes correspondants ».

Sous la rubrique « Devoirs envers le malade » les art. 8 à 12 réunissent des obligations de haute moralité : dévouement égal à tous malades (art. 8) ; respect de la personne humaine et de la vie (prudence dans l'essai de thérapeutiques nouvelles, résistance aux passions dans l'emploi des substances vénéneuses, condamnation de l'euthanasie) (art. 9 et 10) ; assistance discrète aux intérêts matériels et spirituels des clients, dans le respect de toutes les convictions, et sans immixtion inconsidérée dans les affaires de famille (art. 11) ; prohibition des certificats de complaisance (art. 12). L'art. 160 Pén., cité par le Code, est loin d'épuiser les sanctions auxquelles expose le certificat de complaisance, qui, consistant à affirmer un fait inexistant ou à l'altérer sciem-

ment dans sa nature ou ses conséquences, est un faux témoignage écrit sur des constatations médicales. L'art. 160 punit le médecin qui « pour favoriser quelqu'un, certifiera faussement des maladies propres à dispenser d'un service public ou à faire obtenir une pension ou une allocation de l'Etat ou d'une collectivité publique », et aggrave les pénalités « s'il y a été mû par dons ou promesses ». Mais la délivrance de faux certificats constitue en outre : soit le crime de faux, s'il y a contrefaçon ou altération d'écritures (art. 147 Pén.) ; soit le délit d'escroquerie ou de complicité d'escroquerie (art. 405 Pén.) ; soit les délits spéciaux prévus par l'art. 30 § 4, L. 1er juil. 1938 sur les accidents du travail, si le certificat dénature sciemment les conséquences de l'accident, et par l'art. 27 § 5, D.-L. 28 oct. 1935 sur le régime des assurances sociales, en cas de fausse déclaration intentionnelle. Un mandat de dépôt peut être décerné contre le médecin qui a faussement attesté qu'un témoin ne pouvait comparaître en justice (art. 86, Inst. Crim.). Enfin, le faux certificat, s'il nuit aux intérêts de tiers, comporte les réparations civiles des art. 1382 et s. Civ.

Ce titre premier se termine par la rubrique « Devoirs envers les confrères » (art. 13 et 14). Tout médecin qui a un dissentiment professionnel avec un confrère et qui n'a pu réussir à l'aplanir, doit en saisir le président du conseil départemental. Le Conseil doit tenter d'abord la conciliation. Si elle échoue, il porte la question devant le conseil supérieur (art. 13). On se trouve ici en présence d'un cas de juridiction gracieuse. Le dissentiment doit être professionnel, à savoir né dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de la médecine. Beaucoup de ces conflits proviennent de malentendus, de susceptibilités trop vives et sont engendrés ou envenimés par la malignité publique. Bien des hostilités, voire des haines entre confrères ne reposent en réalité sur aucune base sé-

rieuse et pourraient être dissipées, à l'origine, par une loyale explication, provoquée et guidée par une autorité paternelle. Pour répondre à son but, la tentative de conciliation doit être obligatoire. Commettra donc une faute disciplinaire, passible de sanctions, le médecin qui refusera de s'y prêter, même si, en son for intérieur, il la considère comme une vaine formalité. Il est souhaitable qu'au delà de la simple conciliation, les médecins s'habituent à confier le rôle d'arbitre à leurs juridictions par une clause compromissoire. Ainsi seront évités bien des frais, des lenteurs, des débats pénibles au prétoire où la réputation du corps médical n'a rien à gagner. Mais cet arbitrage ne peut être imposé. Si l'on doit admettre la conciliation obligatoire, on ne saurait interdire aux adversaires irréductibles de saisir les tribunaux de droit commun. (Avoués, Cas., 12 déc. 1881). La prétention de l'Ordre de retenir contre leur gré les litiges entre médecins, après échec de la conciliation, serait entachée d'excès de pouvoir. Seul lui appartient l'aspect disciplinaire du conflit.

L'art. 14 décide que « dans toute publication médicale, un médecin ne peut utiliser les documents ou résultats d'examens spéciaux qui lui ont été fournis par ses confrères qu'en mentionnant la part prise par ces confrères à leur établissement ». Cet article codifie une règle de courtoisie et de probité scientifique. Toutefois, une condition supplémentaire paraît requise dans certains cas. Lorsqu'il s'agit d'examens spéciaux, leurs résultats appartiennent soit au malade (clientèle privée) soit à l'établissement ou à l'œuvre (clientèle gratuite). Sauf exception, ils ne sont pas la propriété du confrère qui les a pratiqués. L'hommage rendu à son travail est nécessaire et suffisant. Au contraire, lorsqu'il s'agit de documents (bibliographie, monographies, statistiques, observations nosographiques, etc.) ils appartiennent à ce médecin qui peut vouloir les publier lui-même, ou les garder inédits

pour vérification, complément d'enquête, ou par simples convenances personnelles. Pour observer une correction complète, il faut donc obtenir en plus son assentiment à la publication, et l'art. 14 devrait être complété en ce sens.

Titre II. — Devoirs du médecin en clientèle libre

Ce titre comprend quatre sections : devoirs envers les malades; des honoraires; devoirs envers les confrères; de la consultation et des rapports entre médecins traitants, consultants et spécialistes.

La section I (art. 15 à 17) est consacrée aux devoirs envers les malades. Le médecin ne doit apporter aucun obstacle à l'exercice du droit du malade à changer de médecin traitant (art. 15). En revanche, il est libre de refuser ses soins à un malade, « sauf les cas d'urgence, d'engagements antérieurs, de réquisition légale, et ceux où il risquerait de manquer aux devoirs d'humanité. S'il croit avoir des raisons valables de cesser ses soins, il doit s'assurer au préalable qu'un confrère, mis au courant par lui, le remplacera » (art. 16). Les restrictions mises par le Code à la liberté de refus de soins découlent des principes généraux du droit et de l'humanité. Leur consécration par le droit disciplinaire risque-t-elle d'aggraver la situation des praticiens poursuivis devant les juridictions civiles ou pénales ? La question ne se pose guère qu'au sujet de l'urgence avérée où le refus d'intervention du médecin aura causé un préjudice certain au malade ou blessé. Il est très vraisemblable qu'alors les tribunaux retiendront en effet comme grief la violation d'une obligation réglementaire. Dans certains cas, il serait abusif d'exiger du médecin qu'il veille à son remplacement, par exemple, lorsqu'il se retire devant l'attitude inconvenante du client ou son indocilité persistante. Dans ces circonstances, le médecin doit ces-

ser les soins purement et simplement, en exposant les motifs de sa décision par lettre recommandée. Le Code aurait dû prévoir les cas de dispense. Nous en trouverons un, imprévu et très discutable, à l'art. 33. Le médecin est toujours libre de ses prescriptions, sauf à tenir compte, autant que possible, de la situation matérielle du client pour le choix entre traitements d'une efficacité égale (art. 17). Cet article se place au point de vue de la morale et de l'indépendance professionnelle. Il n'envisage pas l'aspect scientifique de la liberté thérapeutique, parce que les questions purement techniques se situent dans un domaine interdit que l'Ordre ne pourra aborder qu'avec une extrême prudence dans des cas spéciaux (art. 5, § 2 et 3).

La section II (art. 18 à 24) traite des honoraires, question à résoudre « avec tact et mesure : il ne faut pas qu'un médecin puisse être accusé de cupidité » (art. 18). Sont énumérées les règles de la gratuité, des réductions (art. 19), la situation des bénéficiaires de lois d'assurance ou d'assistance sociale qui cessent d'être indigents à l'égard de leur médecin et lui doivent des honoraires normaux (art. 21) ; l'interdiction du forfait, sauf pour « un accouchement, une opération chirurgicale, un traitement physiothérapique, un traitement dans une station de cure ou dans un établissement médical » (art. 22) ; l'interdiction de la pratique directe ou par voie détournée de l'abaissement habituel des honoraires au-dessous des tarifs minima fixés par le conseil départemental (art. 21), afin d'éviter l'avilissement des honoraires et la concurrence par le rabais. Ce même article dispose que tout en restant dans la limite des tarifs minima fixés par le conseil départemental, le médecin doit proportionner ses honoraires à la situation de fortune du malade; qu'en cas de contestation, le conseil départemental peut enquêter et statuer d'après la situation matérielle du client, les titres et la notoriété du médecin, l'importance du

service rendu, par une décision qui « devra être acceptée, sauf recours devant le Conseil supérieur ». L'art. 8 du projet de loi belge de 1932 décidait dans le même sens que « le Conseil apprécie en cas de réclamation portée devant lui par des tiers si la taxation des honoraires n'excède pas les bornes d'une juste rémunération; il réduit la taxation exagérée et en ordonne la restitution. » Les médecins belges furent unanimes à craindre que le prestige moral de l'Ordre ne fût diminué par toute ingérence de sa part dans les questions dites matérielles. Ils obtinrent que son pouvoir fût ramené aux cas précis de l'art. 4 L. 25 juil. 1938, qui leur attribue « qualité pour apprécier le mode de fixation et le taux des honoraires : 1° En cas de manquement grave à la probité professionnelle; 2° A la demande conjointe des parties; 3° En réponse à une demande d'avis des cours et tribunaux ». Il semblerait préférable de restreindre l'intervention des conseils français aux cas de la loi belge. Il convient de remarquer d'abord que les tribunaux civils ont le pouvoir légal de taxation des honoraires et qu'ils ne seront pas liés par l'appréciation à la demande conjointe des parties, ni même par la réponse à une demande d'avis. Ensuite, les médecins comme leurs clients ont le droit de s'adresser aux juridictions civiles, les uns afin d'obtenir un titre en vue de récupérer le montant de leurs honoraires, les autres pour qu'il plaise aux juges de réduire une taxation considérée comme exagérée. Les conseils de l'Ordre, selon le précédent des conseils de famille syndicaux, pourront être utilement constitués en tribunaux d'arbitrage après signature par les parties d'un compromis d'arbitrage (art. 1003 et s. Proc. civ.). Mais ils commettraient un excès de pouvoir en prétendant priver les praticiens du recours légal aux tribunaux civils.

L'art. 23 déclare que : « Tout partage caché (dichotomie) est déshonorant en soi et immoral ». Le partage

clandestin, remise au médecin traitant, à l'insu du client, d'une part des honoraires reçus par le consultant, chirurgien ou spécialiste, est formellement interdit. Seule, cette répartition occulte est prohibée. Est reconnu, en effet, le droit du médecin traitant à recevoir une rémunération proportionnelle au service rendu (parfois capital par le diagnostic d'urgence ou de nécessité opératoire; toujours utile par la présence à l'intervention, comme réconfort moral, souvent en plus comme anesthésiste ou assistant chirurgical. Comme il est très variable, il est interdit d'établir un rapport fixe entre le taux des honoraires chirurgicaux et celui des honoraires médicaux (art. 24). La conduite à tenir pour se conformer à ces principes est réglée en détail par le Code et les Instructions. La réglementation actuelle reproduit, avec plus de développement, l'art. 50 Règl. déontologique, renforcé par une résolution votée en décembre 1932 par l'Assemblée gén. Conféd. Synd. Méd. franç.

La section III étudie les devoirs envers les confrères et codifie les usages de tradition parmi les médecins honorables et de bonne éducation, c'est-à-dire les usages reçus non pas dans « le meilleur monde » selon l'expression d'un commentateur, mais dans l'ensemble du corps médical. Il est interdit — sauf accord entre les intéressés ou dérogation autorisée par le conseil de l'Ordre — de s'installer dans un rayon de 20 kilomètres de l'ancien poste lorsqu'un médecin est remplacé à titre définitif (art. 25); à moins de 20 kilomètres d'une localité où le médecin a exercé comme remplaçant temporaire d'un confrère (art. 26); dans la maison habitée par un confrère (ou récemment habitée par un confrère, devrait ajouter, à la suite de l'art. 27 régl. conféd., le code, qui, dans cette hypothèse ne prévoit pas l'autorisation de l'Ordre, à défaut de l'agrément du médecin premier occupant). Sont de même interdites : les visites clandestines (art. 29) et toute offre de service (art. 30), au ma-

lade soigné par un confrère, ainsi que la continuation des visites faites en l'absence du médecin traitant, après le retour de ce dernier (art. 31). L'art. 28 précise à quelles conditions un médecin peut se substituer à un autre en cours de maladie (renonciation formelle au concours du premier médecin, informé de la décision, dont les honoraires sont réglés ou envers qui ont été pris des engagements valables). Deux articles seulement de cette section comportent des innovations. L'art. 25 prescrit que pour un remplacement supérieur à vingt jours et pour le remplacement à titre définitif, le Président du conseil départemental doit être informé. Ces dispositions tendent à favoriser le contrôle de l'exercice de la médecine. L'art. 27 interdit à un médecin de faire gérer par un confrère un autre cabinet; d'établir une consultation dans une autre commune où exerce déjà un médecin. Toutefois, un spécialiste qualifié peut être autorisé par le Conseil départemental à donner des consultations périodiques dans une commune où il ne réside pas. Cet article présente un grand intérêt pour l'organisation professionnelle. Il provoque de vives polémiques. Mais, considéré du seul point de vue juridique, il soulève l'objection très grave d'apporter des restrictions au principe d'ordre public de la liberté du commerce et de l'industrie (art. 7 L. 2 et 17 mars 1791) sans par ailleurs prouver que la libre concurrence qu'il limite soit contraire à la morale. Bien au contraire, des auteurs soutiennent que la rivalité stimule les médecins et qu'en définitive la clientèle bénéficie de soins plus éclairés et plus assidus. Aussi, ses dispositions, sauf peut-être la première, paraissent-elles entachées d'excès de pouvoir.

La section IV (art. 32 à 39) étudie la consultation avec son protocole traditionnel; les rapports entre les médecins et chirurgiens traitants, consultants ou spécialistes. Tous ces principes sont coutumiers et d'ordre technique. Nous signalerons que par une dérogation traditionnelle

aux règles générales, « le cabinet du médecin est un terrain neutre où il peut donner ses conseils et ses soins à tous ceux qui se présentent à lui, même s'ils ont habituellement un autre médecin traitant » (art. 36).

L'article 39 annonce un statut des spécialistes, à l'étude, dont l'économie générale consisterait dans la qualification des spécialistes auxquels la médecine générale serait interdite, cependant que les omnipraticiens seraient autorisés à donner les soins courants aux malades relevant des spécialités, et à pratiquer, exceptionnellement, des interventions d'urgence.

L'article 33 est consacré à l'avortement thérapeutique (interruption de la grossesse provoquée dans un but médical avant la viabilité du fœtus). La pratique médicale y recourait pourvu qu'il fût justifié par trois conditions : 1° Péril mortel pour la mère; 2° Sous la dépendance certaine de la grossesse; 3° Dont l'interruption seule amènerait la cessation du péril. Comme l'art. 317 Pén. ne prévoyait pas le cas, le fondement juridique de cette intervention reposait sur « l'état de nécessité » (Me Garçon), associé au défaut d'intention criminelle (Crim., 27 juin 1906). A défaut de consécration législative, l'avortement thérapeutique jouissait de la reconnaissance administrative. Il figure dans les arrêtés ministériels relatifs aux tarifs d'accidents du travail. Si la science se montrait exigente pour l'admission des conditions techniques, et enfermait le recours à ce procédé dans d'étroites limites, l'honneur et la prudence des médecins l'entouraient de formalités destinées à en garantir la correction : décision prise après délibération de deux praticiens au moins; conservation d'un exemplaire de la consultation écrite et suffisamment détaillée par la malade et chacun des médecins. L'art. 87 D. 29 juil. 1939 (Code de la Famille) autorise l'avortement thérapeutique et formule les règles dégagées par la pratique. Sauf le cas exceptionnel d'extrême urgence, le médecin traitant

doit réunir deux consultants, dont l'un choisi sur la liste des experts près le tribunal civil. Tous trois doivent attester que l'interruption de la grossesse est nécessaire pour sauver la vie de la mère. Un exemplaire de la consultation est remis à la malade, chacun des médecins en conserve un autre. A ces conditions légales qu'il rappelle, l'art. 33 ajoute d'autres prescriptions. Dans le cas exceptionnel d'extrême urgence, ne permettant pas la consultation préalable, le médecin traitant doit, dans les douze heures de l'intervention, en rendre compte au Président du conseil départemental, par lettre recommandée. Le Conseil Supérieur avait oublié, comme en d'autres hypothèses, que nul texte ne permettait de dérogation au secret professionnel en faveur de l'Ordre. Cette disposition était entachée d'excès de pouvoir. A moins d'extension abusive de la notion d'urgence, elle répondait du reste à des cas trop rares pour présenter un intérêt pratique. L'art. 2 L. 31 déc. 1941 (art. 12 *bis* L. 7 oct. 1940) autorise cette exigence. Le Code estime (§ 3) que « tout médecin doit connaître les prescriptions religieuses touchant cette question, pour ne pas forcer la conscience des malades, pour éclairer ceux-ci (?) s'il y a lieu et aussi pour régler sa propre conduite ». En conséquence, les Instructions donnent, sous le couvert d'autorités confessionnelles, le résumé des doctrines catholique, protestante et juive, sur le problème de l'avortement thérapeutique. Les trois arguments du code dénotent une confusion entre la morale, spécialement religieuse, l'art médical et le droit positif. Ne pas forcer la conscience des malades se ramène pour le médecin au principe fondamental du libre consentement aux interventions. Eclairer celles-ci est hors des attributions du praticien qui, enfin, pour régler sa propre conduite, ne doit tenir compte d'aucune opinion personnelle d'ordre philosophique ou religieux. En droit, le médecin s'engage à donner des soins conformes aux données acqui-

ses de la science (Cass., 20 mai 1936; 18 janv. 1938; 3 avril, 27 juin 1939). Il commettra donc une faute contractuelle, s'il écarte de son propre chef un moyen thérapeutique recommandé par l'état actuel de la science, pour un motif philosophique ou confessionnel, dès lors que ce procédé est licite. Il engagera même sa responsabilité pénale (art. 319). Le refus de recourir à ce moyen par devoir de conscience n'appartient qu'à la malade, libre d'accepter ou non toute thérapeutique. L'article 33 obligeait le médecin qui se refuse par convictions intimes à pratiquer l'avortement thérapeutique, à pourvoir à son remplacement, par application de l'art. 16. Cette obligation a été supprimée, « l'autorité ecclésiastique ayant fait observer que le médecin qui estime ne pouvoir, en conscience, ni conseiller l'avortement thérapeutique ni y prendre part, n'a pas à s'assurer qu'un de ses confrères le remplace pour exécuter une manœuvre qu'il réprouve ». Disparaît donc l'action disciplinaire pour abandon de malade, dans ce cas particulier, mais subsiste intégralement la responsabilité judiciaire. La prudence incitera à se conformer au moins aux indications du texte primitif les médecins insensibles à l'humanité.

Titre III. — Du secret professionnel.

Ce titre est divisé en sept sections : règles générales; secret en clientèle; certificats; médecine de contrôle; déclarations de naissance et de décès; crimes et délits; intérêts personnels du médecin. Un chapitre des Instructions donne des précisions sur certains points de ce titre, développé à bon escient, en raison de son importance et de l'extrême complexité du secret médical. Depuis la publication du Code, ce titre a subi des retouches à plusieurs reprises. La classification adoptée se superpose assez bien aux principaux cas concrets. D'ailleurs, l'ensemble de l'exposé est strictement pratique. Muet sur la

jurisprudence, il ne renferme aucune considération doctrinale.

L'origine du secret médical se perd dans le passé. Il trouve son expression dans le célèbre serment du médecin de Cos. En 1761, la Faculté de Paris écrit dans ses actes : « Aegrotorum arcana, visa, audita aut intellecta eliminet nemo » formule adoptée par la Confédération générale des syndicats médecins français. L'art. 15 Règlement déontologique déclare que : « le médecin est tenu au secret professionnel absolu pour tout ce qu'il a vu, entendu ou compris en raison de sa profession ». L'analyse du contenu du secret médical montre qu'il dépasse la notion vulgaire de dépôt. Le médecin n'est pas tenu seulement à la garde des secrets « déposés », c'est-à-dire volontairement confiés par le malade, mais aussi à taire les secrets qu'il a découverts, compris ou devinés dans l'exercice de sa profession ou à la faveur de ses connaissances spéciales. De l'étendue du secret découle cette importante conséquence que le malade n'en est pas le « maître », puisqu'il ignore sa véritable ampleur, et dès lors il ne peut valablement en délier le médecin, par une autorisation générale et inconditionnelle. La doctrine du secret professionnel, contrat de droit privé conclu entre le médecin et son client dans l'intérêt de ce dernier, ne répond pas à la réalité. L'obligation au secret repose sur l'intérêt social. Ce dernier veut que tout malade soit traité avec diligence et efficacité, ce qui implique nécessairement qu'il puisse se livrer avec confiance au médecin, sans hésitation ni réticence. La règle qui se borne à tirer la conclusion de cette constatation, à savoir que le médecin est le « confident nécessaire » de toutes les misères physiques et morales révélées par l'aveu ou l'examen du malade, est d'ordre public. La Cour de Cassation s'est formellement prononcée sur ce caractère d'ordre public. (Req., 22 nov. 1916; Req., 17 juin 1927; Crim., 14 janv. 1933). En conséquence, le té-

moignage du médecin ne peut servir de base légale à une décision judiciaire (Cass., 1er mai 1899), les certificats médicaux, délivrés en violation du secret professionnel doivent être écartés du débat (Cass., 10 mars 1900), ainsi que le témoignage du médecin, en matière civile comme en matière pénale (Cass., 18 juil. 1904; 10 mai 1900); et le délit existe dès que la révélation a été faite avec connaissance, « indépendamment de toute intention de nuire ». (Célèbre cause du Dr Watelet, Crim., 18 déc. 1885). A une date plus rapprochée, la Cour de Cassation déclare un médecin traitant coupable d'avoir violé le secret professionnel en communiquant une analyse biologique à un médecin contrôleur (Crim., 9 août 1933). Cependant, certains auteurs voient un revirement de jurisprudence dans l'arrêt du 13 juil. 1936, admettant l'audition du médecin traitant à une enquête pour déterminer si sa cliente est décédée d'une intoxication provoquée par les substances nocives employées dans la fabrique où elle était ouvrière, aucune atteinte ne pouvant en résulter à la mémoire de la défunte (Civ., 13 juil. 1936). Mais la cause entre dans le cadre des maladies professionnelles dont l'art. 12 L. 25 oct. 1919 enjoint la déclaration obligatoire aux médecins lorsqu'elles sont comprises dans une liste établie par décret. Dès lors, elles perdent tout caractère secret à l'égard des autorités sanitaires, administratives et judiciaires légalement appelées à en connaître. En raison de ce caractère spécial, il paraît prudent d'attendre confirmation du changement de jurisprudence. Vu le fondement d'ordre public du secret professionnel, la prohibition de l'art. 378 Pén., ne peut être levée que par le législateur, dans un intérêt social primordial. Ces dérogations, dont le préambule donne une énumération incomplète, concernent la déclaration : des maladies pestilentielles (art. 13 L. 3 mars 1822 sur la police sanitaire), des maladies épidémiques (art. 5 L. 15 fév. 1902 sur la protection de la santé pu-

blique), des maladies professionnelles (art. 12 L. 25 oct. 1919), l'obligation pour le médecin traitant d'établir avec précision la relation de cause à effet entre le décès du pensionné et la blessure reçue ou la maladie contractée en service (art. 15 modifié par L. 28 juil. 1921, de la loi du 31 mars 1919, sur les pensions militaires); enfin trois dispositions récentes. D'après l'art. 2 D.-L. 29 nov. 1939 sur la prophylaxie des maladies vénériennes, le médecin traitant est autorisé à désigner nominativement à l'autorité sanitaire le malade de l'un ou de l'autre sexe coupable de ce que l'art. 3 appelle « une imprudence nocive » c'est-à-dire le fait d'exposer d'autres personnes à la contagion vénérienne par suite de la cessation prématurée du traitement. L'art. 20 D.L. 29 juil. 1939 relatif à la famille et à la natalité française, dit Code de la Famille, ajoute à l'art. 378 Pén. un deuxième paragraphe ainsi rédigé : « Toutefois les personnes ci-dessus énumérées, sans être tenues de dénoncer les avortements jugés par elles criminels dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession, n'encourent pas, si elles les dénoncent, les peines prévues au paragraphe précédent; citées en justice pour une affaire d'avortement, elles demeurent libres de fournir leur témoignage à la justice sans s'exposer à aucune peine. » En pratique si les médecins usaient de ce droit de dénonciation, le résultat le plus clair serait de détourner d'eux les vénériens insouciants et les femmes coupables d'avortement volontaire, d'où multiplication des « imprudences nocives » et des désastres *post-abortum*.

De telles conséquences renforcent la thèse du confident nécessaire, tenu au secret par l'ordre public. De nombreux auteurs, parmi lesquels des médecins, défendent la théorie du secret relatif. Cette théorie séduisante et en apparence rationnelle, ne résiste pas à l'examen attentif, car, faute de limites précises et constantes, elle aboutit à la plus grande confusion. Cette doctrine im-

plique en effet que le médecin peut et doit faire dans sa conscience un choix entre les secrets à garder et ceux qui peuvent être révélés. Elle conduit en définitive à décider selon des distinctions d'ordre sentimental, inspirées par l'ensemble, extrêmement complexe et variable, des notions philosophiques, morales ou religieuses qui façonnent la conscience de chacun. A la faveur des différences individuelles d'appréciation des faits, de leurs circonstances et de leurs conséquences, le principe même du secret risquerait de s'émietter et avec lui sombrerait la confiance indispensable à l'exercice de la médecine.

La troisième dérogation récente est réalisée par l'art. 2 L. 31 déc. 1941, qui ajoute à L. 7 oct. 1940 un art. 12 *bis*. « Les médecins régulièrement inscrits au tableau d'un ordre départemental sont déliés du secret professionnel institué par l'article 378 du Code Pénal, vis-à-vis du conseil supérieur et des conseils départementaux de l'Ordre des médecins, pour toutes les déclarations ou dépositions effectuées devant ces organismes; ils n'encourent de ce fait, aucune des peines prévues audit article du Code. » L'art. 12 *ter*, ajouté par l'art. 3 de la même loi soumet à l'art. 378 Pén. les membres des conseils de l'Ordre et toutes personnes au service de ces organismes « pour tous les faits parvenus à leur connaissance à l'occasion de l'exercice de leur mandat ou de l'exécution de leur service ».

L'article 40 Code Déontologique prescrit l'observation du secret professionnel en médecine familiale, sociale, de contrôle et hospitalière. D'après l'article 41 « il est à désirer que le médecin puisse être relevé du secret professionnel vis-à-vis du conseil de l'Ordre. Celui-ci posséderait ainsi tous les éléments d'appréciation des causes qui lui seraient soumises. Il serait lui-même tenu au secret professionnel, obligation qui s'ajouterait à celle du secret de ses délibérations. Mais l'article 378 du Code

pénal ne permet pas encore d'agir ainsi. Il y a lieu de prévoir que cette liberté de témoignage, encore illégale et interdite, sera bientôt possible ». Les Instructions motivent ainsi la liberté de divulgation devant le Conseil de l'Ordre : « Celui-ci, quoique tenu au secret, pourrait affirmer devant la justice civile son opinion sur une cause en litige; bien qu'il n'ait le droit de donner aucune autre explication, il est certain que son témoignage aurait un grand poids devant les tribunaux. La divulgation du secret devant le Conseil de l'Ordre permettrait aussi à celui-ci de régler à l'amiable bien des discussions entre médecins et clients. Les intérêts du médecin seraient donc mieux protégés, sans qu'il fût porté atteinte au secret professionnel, à l'obligation duquel le conseil de l'Ordre demeurerait strictement lié. » Nous remarquerons ici d'abord que le Code envisage le médecin comme « maître » du secret, dont en réalité il ne peut disposer; ensuite que le Conseil Supérieur se méprend sur la véritable qualité des membres des conseils, juridictions composées de juges, dont la profession ne modifie pas le caractère. Pourquoi les conseils seraient-ils habilités à servir d'intermédiaires incommodes, en ce sens qu'ils fourniraient aux juridictions ordinaires des conclusions non motivées ? Il serait tellement plus simple et plus avantageux pour la justice de relever les médecins du secret devant les cours et tribunaux siégeant en chambre du conseil, que le pas sera vite franchi. La dérogation obtenue par les dirigeants de l'ordre (art. 2 L. 31 déc. 1941) aboutira logiquement à la fin du secret médical en justice.

La Section II envisage « le secret professionnel en clientèle ». (Art. 42 à 47). L'art. 42 pose le principe : « Il n'y a pas de secret de la part du médecin pour son client en ce qui concerne celui-ci. Le médecin peut donc lui délivrer un certificat relatant son état de santé avec ou sans diagnostic ». Ce certificat doit porter la mention :

« remis à... sur sa demande » signée du client. Cette pratique, dont la correction est depuis longtemps admise, a été qualifiée d'hypocrisie. Cependant, le diagnostic écrit remis à l'intéressé porte sur des faits précis, ne comporte pas d'inconnue, et n'expose pas le malade à la révélation de ce qu'il voudrait tenir caché. La contradiction n'est donc qu'apparente entre la légitimité du certificat et l'impossibilité de délier du secret. Le client n'est pas « maître » du secret en général, *in abstracto*, mais il est maître du certificat, parce qu'il peut et doit en connaître l'exacte portée, et qu'il en dispose en connaissance de cause. D'ailleurs, le certificat répond aux nécessités de la vie courante que la pratique ne peut dédaigner. Le véritable danger du certificat réside, non dans une prétendue violation du secret, mais dans une certaine propension à la complaisance, consistant dans une rédaction tendancieuse, systématiquement favorable aux intérêts du client.

D'après l'article 43 § 1er, le secret lie le médecin d'une manière absolue; il n'appartient pas au client de l'en délier. S'il n'existait pas de secret à l'égard du client, on ne concevrait pas que ce dernier ne fût pas maître du secret en ce qui le concerne. Aussi de véhémentes protestations ont été élevées par certains auteurs, par suite d'une analyse insuffisante du contenu du secret. Répétons que la prudence, l'apitoiement, la relation causale entre l'état de tiers et celui du malade, la notion des « intellecta », ensemble de faits compris ou devinés par le praticien à l'insu du client, donnent au secret une portée parfois considérable, et s'opposent à ce que le client délie légitimement de secrets qu'il ignore et dont la révélation dépasserait ses prévisions. Le paragraphe 2 déclare que « la propriété du secret ne passe pas aux héritiers du malade ». D'éloquentes protestations ont été soulevées par ce principe : « L'héritier est le continuateur du défunt. Il succède à ses obligations et à ses

droits. Il reçoit le dépôt de sa fortune et de son honneur. Il défend sa mémoire, seul juge d'apprécier si elle est compromise; il poursuit ou néglige son diffamateur, il publie ses œuvres qu'on dira posthumes, il peut les brûler; il livrera, s'il lui plaît, aux curiosités les plus indiscrètes, l'aveu d'une passion, d'une haine ou d'un vice. Il a le droit de plaider contre la violation d'un secret. Tous les secrets lui appartiennent. Et il n'aurait pas le droit de se substituer au mort pour réclamer un certificat !.. » (Me de Moro-Giafferi). Cet alinéa a d'ailleurs subi deux retouches. Le texte initial portait « qu'en aucun cas, le médecin ne peut donc délivrer une pièce relatant, après décès, la nature de la maladie ». Le Code maintient la prohibition, sauf les cas prévus par la loi, et admet que « toutefois, lorsque l'indication de la cause de la mort est nécessaire à l'obtention d'une pension, le médecin traitant peut indiquer qu'il y a relation de cause à effet entre la mort et l'affection objet de la pension ». Mais la Cour de Cassation élimine les certificats relatant des constatations précises qui n'ont pu être obtenues « qu'en procédant à un examen approfondi, constituant l'exercice même de l'art médical » (Civ., 29 mars 1927). Aussi, bien que la revision ne le spéficie pas, il semble que la levée de la prohibition ne concerne que les cas prévus par la loi explicitement (pensions militaires) ou implicitement (législation des accidents du travail et des maladies professionnelles) dans le cadre du droit actuel.

Les articles suivants sont consacrés aux modalités des dérogations imposées par la pratique. L'article 44 limite la révélation du diagnostic aux besoins du traitement, de l'hygiène, des intérêts matériels ou spirituels du malade, en ce qui concerne les auxiliaires professionnels, du reste tenus eux-mêmes au secret par état, et les proches. L'article 45 est consacré aux mineurs. Le médecin peut « s'il le juge à propos, révéler le secret à ses parents ou à ceux qui en ont la garde. Il n'encourt de ce fait au-

cune poursuite. Mais il lui est recommandé d'agir avec prudence », car une imprudence blâmable mettrait en jeu la responsabilité disciplinaire. Le texte écarte la responsabilité judiciaire. Or, si l'ascendant, tuteur ou personne chargée de la garde, « bénéficiaire » de la délation, serait mal venu de réclamer, si le mineur n'a pas la capacité nécessaire pour intenter une action, le ministère public pourrait poursuivre d'office, sur dénonciation d'un tiers ou plainte du mineur. La question du secret ne se pose pas pour les jeunes enfants mais l'âge à partir duquel le mineur peut le demander ne peut être établi d'une manière précise, parce que l'exercice de ce droit suppose un discernement suffisant, difficile à déterminer. L'article 66 Pén., qui fixe à dix-huit ans l'âge du plein discernement moral n'a que la valeur d'une indication générale. En fait, l'évolution de la personnalité du sujet peut parfois élever ou plus souvent abaisser cette limite. Le médecin devrait donc résoudre ce délicat problème à l'occasion de chaque cas concret. Vu l'incertitude du critère psychologique, un autre, plus simple, est tiré des circonstances. Le médecin aurait le droit de parler lorsque les personnes chargées de la garde auraient pris l'initiative de la consultation, et le devoir de se taire lorsque le mineur se serait spontanément confié à ses soins. Cette solution paraît la meilleure. Aussi bien, le médecin est-il tenu au silence dans tous les cas, s'il reçoit une confidence sous le sceau du secret, et doit-il toujours insister pour obtenir que le mineur révèle sa maladie à sa famille, dans l'intérêt même du traitement. L'article 46 permet la révélation du secret aux personnes qui ont la garde d'un inconscient. D'après l'article 47, le médecin traitant ne doit jamais révéler la nature de la maladie d'un employé ou serviteur à l'employeur qui le lui a adressé pour soins, même lorsque l'employeur prend les honoraires à sa charge. S'il découvre une maladie contagieuse ou de nature à troubler le service, il

doit inviter la personne à interrompre ses fonctions. Sur son refus, il doit cesser les soins, « et en aviser aussitôt l'employeur, en lui envoyant sans autre explication sa note d'honoraires ». Un médecin peut être désigné comme expert privé par l'employeur pour juger de l'aptitude d'un employé. L'examen ne peut avoir lieu que l'employé dûment averti et consentant. L'expert doit conclure sur l'aptitude sans formuler de diagnostic.

La section III est intitulée « secret professionnel et certificats » (art. 48 et 49). L'article 48 stipule que « tout médecin doit refuser de mentionner sur un certificat de décès le nom de la maladie ou une indication quelconque sur sa nature, même en cas de demande faite par une administration ou une compagnie d'assurances... Sauf les cas prévus par la loi (*addition introduite par une révision*) il ne lui est pas permis de dire si la mort est due ou non à une cause naturelle (ce qui serait une violation partielle, mais nette du secret). En particulier (*nouvelle adjonction*), les dispositions de l'article 48 ne s'appliquent pas à la déclaration des causes de décès prévue par la circulaire ministérielle du 1er janvier 1937, ce certificat devant être rempli par le médecin d'état civil ou, à défaut, par le médecin traitant qui fait alors fonction de médecin d'état civil ». En matière d'assurances, l'intérêt du certificat médical découle de l'art. 62 L. 13 juil. 1930 qui déclare l'assurance en cas de décès de nul effet si « l'assuré se donne volontairement la mort » sauf clause contraire, qui « ne peut produire effet que passé un délai de deux ans après la conclusion du contrat ». Mais la jurisprudence a décidé que, si aux termes d'un contrat d'assurance, le bénéficiaire doit fournir, à l'appui de sa demande en paiement, un certificat de médecin, cette obligation doit être réputée accomplie, quand le médecin a opposé un refus en invoquant le secret professionnel (Civ., 1er mai 1899). La déclaration des causes de décès sera étudiée à l'art. 53. Nous constate-

rons ici que l'assimilation à la loi d'une circulaire ministérielle est beaucoup plus flatteuse pour le ministre que pour le Conseil Supérieur. L'article 49 tolère la transmission à une compagnie d'assurances ou à un organisme similaire, par le médecin traitant, de la déclaration de l'état de son client, prescrite dans un délai déterminé, à condition que l'état du patient le mette dans l'impossibilité d'agir lui-même, et que la déclaration du médecin ne contienne que « l'indication de la nature des lésions, sans mention de la cause », qu'il appartient à l'expert de déterminer.

La section IV (art. 50 et 51) est consacrée à la « médecine de contrôle ».

L'article 50 constate que les médecins légistes, experts judiciaires, inspecteurs ou contrôleurs administratifs sont déliés du secret professionnel à l'égard de leur mandant et dans les limites de leur mandat. Lorsqu'il s'agit d'un congé pour raison de santé, le médecin doit indiquer seulement ses conclusions sans les motiver, sauf le droit pour l'administration de charger un second médecin de contrôler le premier et de donner un nouvel avis non motivé. « La révélation du diagnostic n'est permise que dans la mesure où elle est nécessaire au bien du service assuré par l'intéressé. » Les Instructions déclarent : « Un patron n'a pas à connaître le diagnostic d'une maladie qui, une fois la convalescence terminée, n'entrave nullement le service. Mais un médecin contrôleur d'une administration, qui découvre une maladie contagieuse ou une maladie rendant impropre au service doit la déclarer (par exemple, daltonisme chez un employé de chemin de fer), l'employeur qui reçoit cette déclaration étant lui-même tenu au secret ». Cette conception des rapports entre mandant et contrôleur est peut-être « profondément humaine », mais elle est erronée. Vu l'obligation au secret du médecin traitant, toute administration et plus généralement tout employeur, ont

le droit de déléguer un médecin expert, apte à rendre compte de l'opportunité d'un congé ou des répercussions de la maladie sur la capacité ultérieure à la fonction, et à motiver ses conclusions, notamment par l'indication de la nature de la maladie. (Avis du Conseil d'Etat, ministre des P.T.T., 15 juillet 1931.) Le Conseil supérieur a tenté de corriger son erreur sans l'avouer. Un commentaire confus (*Bull. Ordre Méd.* oct. 1941, p. 196) reconnaît que le médecin de l'administration doit rendre compte de ses constatations. L'article 50 § 3, ne concernerait que le médecin traitant. Il devient alors superflu.

L'article 51 primitif permettait au médecin traitant de communiquer à un médecin contrôleur des renseignements cliniques ainsi que les résultats d'examens spéciaux difficiles à renouveler (biologiques, électro-radiologiques...) « dans le seul cas où ces indications sont produites dans l'intérêt du malade et avec son assentiment ». Or, cette tolérance était en contradiction avec la jurisprudence, qui punit la révélation du secret, même dans le but d'être utile au client (Crim., 9 nov. 1901) et la communication par le médecin traitant du résultat d'analyse au médecin contrôleur (Crim., 9 août 1933). Elle était dangereuse, car vu cette restriction aux indications favorables au client, le refus devait forcément être interprété en sens opposé. La portée de cette objection est du reste considérable. Elle ruine la thèse du secret relatif en justice, où le médecin délié par son client aurait le droit de parler en sa faveur, et le devoir de se taire si les révélations devaient lui nuire : juges ou jurés, comme l'expert, tireraient les conclusions du silence... Enfin, cette dérogation était superflue. Il suffisait de délivrer au client un certificat descriptif et de mettre à sa disposition (lorsqu'ils ne sont pas sa propriété) les résultats d'analyses ou examens spéciaux. Le Conseil Supérieur a interdit toute communication, mais ajouté que les indications peuvent être consignées sur

un certificat remis au malade, conformément à l'art. 42.

La Section V est relative aux déclarations de naissance et de décès. D'après l'article 52, « le médecin qui fait une déclaration de naissance demeure lié par le secret professionnel. Il est obligé seulement de déclarer qu'un enfant de tel sexe est né sur la commune de X... dans la journée du tant au tant. L'obligation de donner des renseignements plus complets disparaît si le médecin se retranche derrière le secret professionnel ». L'article 346 Pén. ne vise que les articles 55 et 56 Civ., à l'exclusion de l'article 57 relatif à la filiation. Depuis l'arrêt de Cassation du 16 sept. 1884, la jurisprudence fonde l'exonération de pénalité des personnes de l'art qui refusent de dévoiler l'identité maternelle, non sur le secret expressément exigé par la mère, mais sur l'application restrictive de l'article 346. Le médecin n'a donc plus besoin de se retrancher derrière le secret professionnel. En revanche, il doit fournir le jour et l'heure exacts de la naissance, et non l'indication vague « de journée du tant au tant ».

L'art. 53 dispose que « tout médecin appelé à constater une mort dont l'origine ne lui paraît pas naturelle (suicide, etc.) doit refuser de signer le certificat de décès. La suite possible est du ressort de la justice. Cette conduite doit être suivie même lorsque c'est le médecin traitant qui fait office de médecin de l'état civil ». La constatation médicale des décès répond à un double but : 1° S'assurer que la mort est réelle, garantie contre le risque d'inhumation prématurée; 2° Indiquer la cause de la mort pour déceler les décès suspects (rôle médico-légal), assurer la prophylaxie des affections contagieuses et établir les statistiques de léthalité (rôle sanitaire). Si la constatation du décès ne soulève aucune difficulté pour le médecin traitant, la révélation de la cause, violente ou naturelle, est incompatible avec le secret professionnel. La confusion des rôles de médecin traitant et de mé-

decin de l'état civil (expert délégué par le maire en vertu de l'art. 77 Civ.) aboutit à d'inextricables difficultés et à la violation inévitable des devoirs de l'une ou l'autre fonction. On eût compris que le Code décidât que le médecin traitant pouvait certifier le décès constant de son client, mais qu'il appartenait aux municipalités de déléguer un autre médecin aux fins de déterminer la cause de la mort. On ne peut comprendre qu'il n'ait pas proclamé l'incompatibilité des fonctions de médecin traitant et de médecin de l'état civil auprès d'un même client. On ne comprend pas mieux son ralliement à la circulaire ministérielle du 1er janv. 1937, modifiée le 15 déc. 1937, qui vise la déclaration de la cause du décès par une carte-lettre adressée au médecin inspecteur départemental de la santé. En effet, l'anonymat du défunt est facile à percer; ce médecin, préposé de l'administration, n'est pas lié par l'article 378, mais obligé de signaler au parquet tout acte délictueux dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions (art. 29, C. Instr. Crim.) Leur docilité aux Instructions serait susceptible de conduire certains médecins devant les tribunaux pour violation du secret professionnel. Prétendre justifier ces errements par la substitution de : « médecin d'état civil » à « médecin traitant », sur les cartes de déclaration, n'est qu'un enfantillage.

La Section VI traite du secret professionnel et crimes ou délits. Le médecin ne doit pas se faire complice d'un crime. Il doit dénoncer le crime commis au préjudice de la vie ou de la santé d'un de ses malades, s'il en a la certitude (art. 54). « Le médecin qui assiste à l'exécution d'un crime ou délit grave, commis au préjudice des intérêts matériels du malade (vol) ou de ses volontés nettement exprimées (testament volé ou détruit, par exemple), a le droit d'en aviser le Procureur de la République qui peut provoquer une enquête » (art. 55). Une révision a supprimé deux phrases relatives, l'une à

l'option de témoignage en justice en matière d'infractions contre la personne, l'autre à son interdiction en matière d'infractions contre les biens. La jurisprudence a évolué vers une interprétation rigoureuse, décidant que le médecin traitant est frappé d'une incapacité absolue de témoigner en justice; que sa déposition ne peut avoir aucune force probante; qu'elle ne saurait servir de fondement à une décision de justice, au civil comme au criminel, et que la décision judiciaire s'appuyant sur elle doit être cassée. (Cass., 13 juil. 1897, 1er mai 1899, 9 juin 1899, 10 mai 1900, 18 juil. 1904). En faveur de la dénonciation, distincte du témoignage en justice, et dont le but est de déclencher l'action publique, on peut invoquer l'article 30 Instr. Crim. Mais cet article, dépourvu de sanctions, n'a qu'une valeur morale, et s'il s'impose au médecin comme citoyen, il ne saurait s'imposer en vue d'une dénonciation civique du crime ou délit lorsque ces infractions ont été découvertes par le praticien exclusivement à raison de son ministère. De plus, cet article s'applique aux cas où le dénonciateur « aura été témoin » de l'infraction. Or, le médecin, sauf rarissime exception, n'en est pas témoin direct. Il ne pourrait l'être que comme complice. Il la reconstitue soit par l'interrogatoire, soit par ses constatations. Il en est ainsi pour les avortements et empoisonnements criminels, les blessures volontaires, les sévices graves sur les enfants et les vieillards, le viol, les attentats à la pudeur, la transmission de maladies vénériennes à des enfants... Le médecin a le devoir de mettre un terme aux agissements criminels en cours, mais la dénonciation au parquet n'est qu'un pis-aller, une ultime ressource, légitimée par la nécessité, et à condition que l'état, l'âge ou la situation de la victime la mettent dans l'impossibilité d'agir elle-même. Si la victime a succombé au crime, le médecin devra-t-il se porter dénonciateur ? Selon le mot de Tourdes, « nous devons le secret à nos malades, non aux au-

teurs de leur mort ». Les violences, l'emprisonnement, sont desfaits extérieurs, commis par des tiers auxquels le médecin est étranger (Garçon). L'intérêt de la société réclame le châtiment des coupables au nom de la morale, de l'exemple, de la sécurité publique. Ces considérations paraissent déterminantes à beaucoup d'auteurs. Cependant, l'infraction n'a été connue du médecin qu'à la faveur de l'exercice de son ministère. On peut donc soutenir qu'il est lié par le secret, d'autant plus que sa divulgation n'est plus susceptible de secourir le client. En revanche, elle peut nuire à sa mémoire. En conséquence, quelle que soit la thèse adoptée par le médecin, il devra toujours s'abstenir, non seulement lorsque par une manifestation expresse de volonté la victime aura réclamé le silence (secret par convenance personnelle du client) mais aussi lorsque la révélation entraînerait un préjudice pour sa mémoire (rixe dans un lieu de débauche, blessure reçue d'un mari outragé, etc.). Le Code aurait dû au moins prévoir ces cas. De toute manière, le médecin devra agir avec grande prudence, il aura « d'autant plus de mérite à faire son devoir qu'il est plus difficile à bien discerner » (Morache). Au sujet des infractions contre la propriété ou les dernières volontés (destruction de testament) les Instructions renforcent la rédaction de l'article 55, en spécifiant que le médecin « ne peut provoquer d'enquête que s'il a assisté à l'exécution du vol ». Comme il est invraisemblable que le délinquant commette sa soustraction en présence du médecin, cette condition vide l'article de toute portée pratique.

La Section VII et dernière (art. 56 à 58) envisage le secret professionnel dans ses rapports avec les « intérêts personnels du médecin ».

Le médecin « doit prendre toutes ses précautions pour éviter, dans toutes ses publications, les indications pouvant divulguer le secret professionnel (art. 56) ». « Pour-

suivi en responsabilité, il peut librement défendre son honneur professionnel, dans la mesure où la nature de la maladie est révélée par le malade lui-même ou par les siens; en aucun cas, il ne peut prendre l'initiative de la révélation devant la justice civile » (art. 57). Résulte-t-il du texte qu'il pourrait prendre cette initiative devant une juridiction pénale ? Les avis sont partagés. Pour les uns, lié par le secret professionnel, il ne pourrait que faire appel au témoignage d'autres personnes; pour d'autres, les droits sacrés de la défense priment le devoir du secret. Mais ces controverses restent doctrinales. Le demandeur ou le ministère public, dans l'articulation de ses griefs, dévoilera nécessairement la nature et le traitement de la maladie, puisque la charge de la preuve lui incombe. Sans doute le médecin défendeur, pour justifier sa conduite et réfuter des assertions erronées, sera parfois conduit à des révélations ignorées de l'adversaire, mais il n'aura pas pris l'initiative des divulgations. Cependant le droit de défense comporte des limites. L'action du demandeur délie le médecin du secret à son égard mais non vis-à-vis des tiers. Cette règle de discrétion peut être une source de gêne pour la défense. Elle est néanmoins aussi impérieuse que d'application délicate.

Le médecin qui intente un procès en recouvrement d'honoraires ne doit en aucun cas faire connaître le diagnostic de la maladie ou la nature des soins donnés. Il en résulte que « certains spécialistes (syphiligraphes, phtisiologues, accoucheurs, gynécologues), dont la spécialité exercée peut révéler le genre de l'affection traitée, ne doivent pas intenter de procès en recouvrement d'honoraires » (art. 58). La prohibition édictée à l'égard de certains spécialistes est trop rigoureuse, faute de nuances. La plupart des « syphiligraphes », par exemple, traitent les maladies de peau, et elles sont très variées. Pourquoi, lorsque la cliente récalcitrante est une fem-

me mariée, fière de sa maternité, empêcher l'accoucheur de réclamer son légitime salaire ? Poussé à l'extrême, l'argument du Code aboutirait à la prohibition générale des recouvrements judiciaires d'honoraires, même pour les omnipraticiens. Au demeurant, n'est-ce pas, en effet, une preuve de maladie ? D'autre part, cette interdiction à l'égard de certains spécialistes les conduirait à réclamer le paiement au comptant de leurs actes ou interventions et de ce refus de crédit pâtiraient les clients momentanément gênés. Cet article devrait être assoupli par une prohibition limitée aux circonstances où l'instance en recouvrement d'honoraires aboutirait réellement à une violation du secret professionnel (spécialistes traitant exclusivement les maladies vénériennes, accouchements illégitimes, etc.)

Les articles 57 et 58 contiennent l'application du principe de l'article 41, à savoir que le médecin puisse être relevé du secret professionnel vis-à-vis du Conseil de l'Ordre. Ce dernier pourra ainsi témoigner du bien ou mal fondé de poursuites en responsabilité (art. 57) ; donner son avis sur les procès en recouvrement d'honoraires (art. 58) sans jamais donner d'explications à la justice; intervenir en vue d'un règlement amiable entre le médecin et son client, et, le cas échéant, se substituer à lui en justice, dans le cas des spécialistes qui ne doivent pas intenter de procès en recouvrement d'honoraires (art. 58 *in fine*). Que le Conseil de l'Ordre, par la procédure d'arbitrage dans les termes des articles 1003 et suiv. Proc. Civ., évite des litiges toujours pénibles en audience, on ne peut qu'y souscrire et souhaiter que l'usage s'en répande. Mais croire qu'un avis « sans donner d'autre explication », « sans l'accompagner d'aucun autre commentaire » soit d'un grand secours aux magistrats et puisse peser dans leur décision, c'est oublier que les juges sont seuls responsables de leurs sentences et qu'il serait paradoxal de motiver un jugement par une

opinion qui ne le sera pas. D'autre part, répétons que lever le secret professionnel devant la juridiction disciplinaire, c'est méconnaître à la fois le caractère du secret et celui des juges. Cependant, par suite de la loi du 31 déc. 1941, (art. 2) ces articles vont entrer en application intégrale. Comme les juges de droit commun ne sont pas tenus de s'effacer derrière les conseils de l'ordre et qu'ils devront, comme par le passé, appuyer leurs jugements sur des faits et pas sur des avis non motivés, par une pente naturelle, l'obstacle du secret médical sera levé en leur faveur, grâce au précédent créé sur la demande des juges disciplinaires.

En définitive, le Conseil Supérieur a consacré avec raison un titre important au secret professionnel, matière essentielle et d'une exquise délicatesse, de la déontologie médicale. Purement empirique, cette étude n'accorde place ni aux doctrines, ni à la jurisprudence. Posé le principe traditionnel du secret absolu, sont passés en revue les cas concrets, dès longtemps classiques, de la pratique. D'une manière générale, malgré un certain développement, l'analyse est insuffisante, les solutions ne sont pas assez nuancées. Mais le reproche le plus grave concerne l'application aux cas particuliers du principe fondamental. Ce principe directeur devait rattacher toutes les hypothèses concrètes à une ligne droite. Or, le secret, d'article en article, chemine selon une courbe singulièrement sinueuse. Le Conseil Supérieur le proclame intangible et absolu (art. 43), l'applique correctement, le méconnaît (art. 33, § 2, 41, 57 et 58), y renonce avec désinvolture (art. 48 revisé, 53, 54, 55), en pousse le culte jusqu'à l'idolâtrie (art. 47 *in fine*, 50, 58 partie). Il en résulte confusion et contradictions.

Titre IV. — Médecine sociale et médecine collective

Ce titre comprend un préambule et les art. 59 à 67

et dernier. Le préambule explique que « le Code de déontologie, en matière de médecine sociale et de collectivité, est volontairement bref. Il ne comporte que des règles très générales. En effet, il n'a pas paru possible — sans que soit fixée la structure sociale et économique du pays — de déterminer de façon précise les règles particulières à chacune des catégories de médecins appelés à exercer des fonctions médico-sociales... »

Les devoirs généraux du médecin : respect du secret professionnel, sauf exceptions légales (art. 59) ; examen consciencieux, respect de la personne humaine, d'où découle l'obligation de la visite isolée des malades (art. 64) ; correction des rapports confraternels (art. 65), etc. sont les mêmes en médecine sociale ou de collectivité qu'en clientèle privée, sous réserve de quelques adaptations de détail aux situations particulières. La révélation du diagnostic à l'employeur ou au chef de collectivité (art. 59) ne peut être faite que dans les conditions indiquées et critiquées au titre précédent. Les membres des collectivités doivent jouir du libre choix de leur médecin traitant, exigé par « l'intérêt bien compris du malade, le respect de sa dignité et de celle du médecin, la bonne confraternité enfin » (art. 60). D'après l'article 63, « en médecine sociale, il est interdit d'user de ses fonctions pour augmenter sa clientèle particulière ». « Il est interdit au médecin d'une collectivité, déjà rémunéré par un tiers payant, d'accepter une gratification en espèces provenant directement d'un malade examiné ou traité dans l'organisation sanitaire collective à laquelle il est attaché. » (art. 66).

Les articles 61, 62 et 67 appellent quelques commentaires. L'article 61 déclare que le libre choix du médecin traitant par les membres des collectivités appartient aux personnes qui en ont la garde, en ce qui concerne les mineurs et les aliénés, et que si ces personnes donnent aux dirigeants de la collectivité à laquelle l'inca-

pable ou le mineur est confié, mandat pour choisir un médecin, celui-ci doit être agréé par le conseil départemental « pour que toutes garanties de compétence et aussi de moralité soient assurées » (préambule). Il existe une distinction fondamentale entre établissements scolaires ou neuropsychiatriques publics et privés. Pour les premiers, le personnel médical est nommé par l'autorité publique, en général après concours sur épreuves ou sur titres. Le Code n'a sans doute pas la prétention d'investir le Conseil départemental du contrôle de la nomination d'un médecin de lycée ou d'hôpital psychiatrique par le ministre compétent. Même ramenée à des proportions plus modestes — à savoir limitée aux établissements privés —, la prétention n'est pas plus soutenable. Dès lors que le médecin choisi par le chef responsable figure au tableau, les conditions de compétence et de moralité sont présumées remplies jusqu'à preuve contraire, administrée par la voie juridictionnelle, et rien ne permet à l'Ordre de s'immiscer dans le choix.

L'article 62 pose le principe que « nul ne peut être à la fois médecin contrôleur et médecin traitant d'un même malade ». L'incompatibilité repose sur le fait que le secret professionnel exige du médecin traitant qu'il garde le silence sur ses constatations, dont le médecin contrôleur doit rendre compte à son mandant, devoirs opposés, évidemment inconciliables. Le règlement confédéral (art. 22) étendait cette interdiction d'agir comme expert pour le compte d'un tiers, aux malades antérieurement traités. Cette extension devrait compléter le texte actuel. L'interdiction « s'étend aux membres de la famille du malade habitant sous le même toit que lui. » Aussi, hors les cas d'urgence et de maladies professionnelles, le médecin d'une collectivité, rémunéré par l'employeur, ne doit pas être médecin traitant des membres de cette collectivité ou de leur famille. L'extension de la prohibition aux membres de la famille ne peut être

fondée sur le secret puisque le contrôle n'est pas en jeu. Elle répond au but expressément indiqué par l'article suivant, à savoir interdire d'user des fonctions de médecine sociale pour augmenter la clientèle particulière et ainsi au légitime désir de préserver celle des confrères. Mais cette disposition, sous cette forme absolue, porte atteinte au libre choix de leur médecin traitant par les membres de la famille, qui sont des tiers à l'égard du contrôle. Elle devrait être assouplie et déclarée non applicable lorsque ces personnes étaient clientes avant l'entrée en fonctions créatrice de l'interdiction.

L'article 67 et dernier stipule que « toute convention relative à des actes médicaux à accomplir au profit de collectivités ou d'établissements, doit être subordonnée à la condition que ce traité recevra l'homologation requise dans un délai de six mois à dater de la promulgation de ce Code ». Pour le respect des principes déontologiques, l'autorité de l'Ordre est évidente. Il lui appartient de vérifier si le secret est assuré, de même que le libre choix. En vertu de son rôle de défense professionnelle, hérité du syndicalisme, il peut veiller à la rétribution de ces postes de médecine collective. Depuis la loi du 31 déc. 1941, cette prérogative n'appartient qu'au conseil départemental. Cependant, l'avilissement excessif des émoluments atteindrait non seulement les intérêts mais aussi l'honneur de la profession, dont la garde est un des attributs essentiels du Conseil Supérieur. Il semble donc qu'il pourra s'assurer que les collectivités offrent une rémunération convenable et, en ce qui concerne les fonctions médicales conférées par les autorités publiques, « les garanties de justice dans la nomination, de stabilité dans l'emploi et l'indépendance à l'égard des partis politiques » réclamées par l'article 21 Règlement confédéral. Son pouvoir réglementaire interne lui permettra l'élaboration de contrats-types. L'agrément de l'Ordre ne sera pas pour autant purement

arbitraire, car il faut décider : « 1° Que le tiers peut, et doit être admis à intervenir à l'instance d'homologation » et à saisir le Conseil d'Etat d'un recours pour excès de pouvoir contre le refus d'homologation; 2° « Que si le refus paraît malicieux, il aura une action en dommages et intérêts contre l'Ordre ». (Me B. Auger). Ces considérations concernent l'avenir. Au sujet des contrats en cours, il faut distinguer. Pour les contrats à durée indéterminée, le refus d'homologation vaut dénonciation. A condition de n'être ni malicieuse, ni trop brusque, afin de ménager une transition aux conditions nouvelles au moindre dommage, cette dénonciation est licite. Il ne saurait en être de même de la dénonciation des contrats à durée déterminée. Ces derniers, licites lors de leur conclusion, restent valables jusqu'à leur expiration, parce que la rupture est la conséquence d'une réglementation interne, non opposable aux tiers. Toutefois, dans la mesure où cette réglementation sera maintenue dans le statut de la profession fixé par décret en Conseil d'Etat (art. 1er L. 31 déc. 1941 *in fine*), elle deviendra opposable aux tiers. Le conseil supérieur avait cru pouvoir justifier sa décision par la loi du 29 juin 1899, qui a permis la résiliation des polices d'assurances contre les accidents du travail souscrites par les chefs d'entreprise antérieurement à la loi du 9 avril 1898. Mais une disposition réglementaire interne ne s'identifie pas à la loi, à l'égard des tiers...

Conclusion

Tel se présente le Code de déontologie. L'analyse montre que l'intérêt juridique de ses diverses parties est très inégal. Il innove peu, en définitive. Il se borne en général à formuler dans une ordonnancement impératif des règles traditionnelles, depuis longtemps dégagées sous

la pression des besoins d'une saine pratique professionnelle, et incorporées au règlement confédéral de déontologie, qui est sa source essentielle. Ces dispositions empruntées au règlement confédéral peuvent prétendre à représenter sur les problèmes moraux de la profession l'opinion d'ensemble du corps médical. Vu le mode de nomination de leurs rédacteurs, et l'absence de consultation des praticiens sur leur contenu, les innovations ne traduisent que l'opinion des dirigeants actuels de l'Ordre.

Plusieurs questions sont à passer brièvement en revue. Ce Code, le conseil supérieur avait-il le droit de le publier ? Quelle est sa portée juridique ? Est-il utile ? Répond-il à son but ?

Par définition, le Code de déontologie a pour but d'établir les règles de l'honneur et de la probité professionnels. Sur la base légale de l'article 4 L. 7 oct. 1940, il se présente comme un règlement intérieur auquel le titre de règlement de déontologie — adopté par la confédération des syndicats médicaux — eût d'ailleurs mieux convenu. Sa portée juridique découle de sa nature. Règlement interne, il s'impose aux médecins inscrits au Tableau de l'Ordre, et à eux seuls. Ces caractères sont changés par la loi du 31 déc. 1941, dont l'art. 1er, modifiant l'art. 4 L. 7 oct. 1940, stipule (§ 2) que : « Le statut de la profession médicale sera fixé par décret rendu en conseil d'Etat, sur proposition du conseil supérieur de l'Ordre. Il prendra le nom de « Code de Déontologie ». » Le pouvoir réglementaire du chef de l'Etat est donc substitué au pouvoir réglementaire interne. Il en découle cette conséquence très importante que les prescriptions du Code seront opposables aux tiers et non plus aux seuls médecins.

La publication du Code était-elle nécessaire ? Dans une certaine opinion, cette rédaction serait inutile, et même inopportune. On invoque les barreaux et les prin-

cipales compagnies d'officiers ministériels, qui ne possèdent pas de Code. Sans doute, mais ils sont pourvus de règlements intérieurs qui en tiennent lieu (avec le titre exact en plus) et chez eux un corps de doctrine s'est dégagé de la coutume constituée par les décisions des divers Conseils recueillies « et accumulées depuis plusieurs siècles, et que certains auteurs ont colligées dans des ouvrages qui font autorité » (Me B. Auger). Chez les médecins aussi, l'apport des générations médicales constituait une coutume dont la rédaction fournit les divers règlements syndicaux et, par leur confrontation et leur fusion, aboutit au Règlement confédéral de 1931. Ce précédent eût suffi, à défaut d'autres motifs, à légitimer la publication d'un règlement déontologique de l'Ordre. La question est du reste tranchée par la loi du 31 déc. 1941.

Ce Code répond-il à son but ? En d'autres termes, sa rédaction est-elle adaptée à sa fonction ? Ici, l'on se heurte à d'assez grandes difficultés dues au conflit des intérêts en jeu. En raison de la gravité des sanctions disciplinaires, certains voudraient une rédaction très précise et une énumération limitative des infractions punissables sur le modèle d'un Code pénal classique. Cette opinion est exprimée par M. Richard, conseiller honoraire à la Cour de Cassation, dans une lecture à l'Académie de Médecine, le 4 mars 1941 : « Un Code permettant d'appliquer des sanctions aussi graves devra être précis et ne contenir aucune expression mal définie ou trop générale. » D'aucuns voudraient au contraire que les Conseils ne fussent liés en aucune manière par le Code, et, pour ne pas entraver l'action disciplinaire, ils verseraient, volontiers, dans l'arbitraire. Cette opinion est excessive. Nous conclurons que : 1° L'action disciplinaire doit posséder une grande souplesse pour s'adapter aux nuances variées de la faute professionnelle; 2° Aussi, le conseil disciplinaire doit-il, en particulier, posséder

le pouvoir d'incriminer par analogie; 3° Mais le Code doit être clair et il doit tendre au maximum de précision compatible avec la nature des choses; 4° La jurisprudence des conseils de l'Ordre et du Conseil d'Etat le complètera nécessairement au fur et à mesure que les espèces se présenteront. Peu à peu se constituera un corps de doctrine coutumier qui interprétera les dispositions positives et comblera les inévitables lacunes; 5° De toute manière, un certain délai est indispensable à la mise au point.

Par suite de sa transformation de règlement intérieur en décret rendu en Conseil d'Etat, le Code de déontologie sera probablement soumis à une prochaine révision générale. Sa valeur et son autorité seront accrues par une étude juridique approfondie, une certaine stabilité par élimination de retouches hâtives, et sa portée à l'égard des tiers, qui devront s'y soumettre comme les médecins, sous réserve du recours pour excès de pouvoir.

Vu	Vu :
Le Doyen,	*Le Président de la thèse,*
R. BONNARD.	R. POPLAWSKI.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 9 février 1942
L'Inspecteur Général de l'Enseignement Supérieur
Recteur de l'Académie :
A. LIRONDELLE

BIBLIOGRAPHIE

AUGER (Bernard). — « A propos de l'Ordre des médecins. Analyse juridique de la loi. » *Concours Médical*, 22 déc. 1940.

— « Le Code de Déontologie médicale. Sa valeur juridique. » *Concours Méd.*, 22-29 juin, 6 juil. 1941.

— « L'Ordre des médecins » *Concours Méd.*, 21-28 sept. 1941.

AVERSENCQ. — « A propos d'un livre récent. » *Médecin de France*, 1er nov. 1931.

— « L'Ordre des médecins. Discussions. » *Méd. de France*, n° 11, mai 1933.

BALTHAZARD (V.). — « L'Ordre des médecins. » *Bull. Acad. Méd.*, séance 9 avril 1929 (3e série, t. C I, p. 461).

— « L'Ordre des médecins. » *Méd. de France*, n° 11, mai 1933.

— « Médecins contrôleurs et accidents du travail. Le Conseil de l'Ordre ne doit pas méconnaître les lois existantes, ni prendre des initiatives qui constituent des abus de pouvoir. » *Les Echos de la Médecine*, n° 10 oct. 1941.

— « Avortement thérapeutique. Droit. Morale. Religion. » *Bull. Acad. Méd.*, séance 4 nov. 1941 (105e année, 3e série, tome 125, nos 36 et 37).

BERNARD (Raymond), BARRET (F.) et BRUNIER (J.-B.). — *La profession médicale. Principes et bases de son organisation en régime corporatif.* Doin, Paris, 1940.

BONNECASE (Julien). — *Le droit disciplinaire dans la profession médicale.* Sirey, Paris, 1930.

BOUDIN (P.). — « L'Ordre des médecins. Composition et attributions du Conseil de l'Ordre (projet de loi adopté par la Chambre des députés). » *Concours Méd.*, n° 8 *bis*, 22 fév. 1933.

— « Les lacunes du projet de loi sur l'Ordre des médecins. » *Concours Méd.*, 13 oct. 1935.

Bulletin de l'Ordre des médecins, depuis avril 1941. Périodicité: 6 à 12 numéros par an. Masson, Paris.

CAHEN (Raymond). — *L'Ordre des médecins.* Thèse Droit, Paris, 1941.

CIBRIE (P.), DE MORO-GIAFFERI. — *Le secret professionnel médical.* Roger Dacosta, Paris, 1934.

— *L'Ordre des médecins.* R. Dacosta, Paris, 1935.

CLAVELIER. — « Les Syndicats et l'Ordre des médecins. » *Méd. de France,* n° 11, mai 1933.

CRUCHET (René). — « Pour l'Ordre des médecins. » *Journ. de Méd. de Bordeaux,* n° 12, 30 avril 1933.

DEFOUG (G.). — « A propos de l'Ordre des médecins. » *Gazette Méd. de France,* 1er avril 1941.

— « Les décisions juridictionnelles des Conseils de l'Ordre des médecins. » *Gaz. Méd. de France,* fév. 1941.

DÉVÉ (Ch.). — « Exposé critique concernant certains articles du Code de Déontologie touchant le secret professionnel. » *Concours Méd.,* 14 sept. 1941.

DIBOS (P.). — « L'Ordre des médecins. Etude générale. » *Méd. de France,* n° 11, mai 1933.

DOUBLET (Jacques). — « Loi du 7 octobre 1940, instituant l'Ordre des médecins. Commentaire. » *Rec. crit. de jurispr. et de législ. mensuel,* Dalloz, 3e cah. 1941, p. 30.

FOURNIER-BÉGNIEZ (R.). — « La constatation médicale des naissances et des décès. » *Journ. de méd. de Bordeaux,* 10 avril 1936.

GARAUD. — « L'Ordre des médecins. » *J. O.* Rapport n° 511 Sénat, séance 6 juil. 1933. Extraits *in Concours Méd.,* n° 9, 4 mars 1934.

GAUSSEL. — « L'Ordre des médecins. Sa constitution. Election du conseil et du tribunal d'appel. » *Méd. de France,* n° 11, mai 1933.

GRENET (H.). — *Essais sur la profession médicale et sur quelques règles qu'elle impose.* Vigot, Paris, 1939.

LACHARRIÈRE (R. de). — « L'admission au tableau de l'Ordre. » *Siècle médical,* 1er déc. 1941.

LAVALÉE (G.). — « La mise en route de l'Ordre. » *Concours Méd.,* 26 janv. 1941.

MAIRE. — « A propos d'un nouveau statut de la profession. » *Concours Méd.* 16 fév. 1941.

MAUREL (Brice). — « Le Règlement intérieur de l'Ordre. » *Concours Méd.* 7 sept. 1941.

— « Les limites du contrôle de l'Ordre en matière de pratique médicale. » *Concours Méd.,* 23 nov. 1941.

MESTRE (Raoul). — *Vers un Ordre des médecins.* Amédée Legrand, Paris, 1939.

MIGNON (Jean). — « Les conseils départementaux sont-ils maîtres de leur tableau ? » *Concours Méd.* 23 mars 1941.

— « Tous les médecins doivent-ils faire partie de l'Ordre et requérir leur inscription au tableau ? » *Concours Méd.,* 16 mars 1941.

OKINCZYC (J.). — *L'Ordre des médecins et le Code de Déontologie médicale.* Maloine, Paris, 1924.

OUDIN (A.). — *L'Ordre des médecins.* Thèse Droit, Paris, 1941.

PERRAUD-CHARMANTIER. — « Les caractères juridiques de l'Ordre des médecins. » *Siècle Méd.* 1er déc. 1941.

RICHARD. — « En marge d'un Code de déontologie médicale. » *Bull. Acad. de Méd.,* n° 9, 4 mars 1941, p. 260.

RIST (E.). — *La morale professionnelle du médecin.* Masson, Paris, 1941.

SERRUYS (Jacques-W.). — *La profession médicale et l'Ordre des médecins devant la loi et la jurisprudence.* Ferdinand Larcier, Bruxelles, 1940.

SIMON (Jacques-Henri). — « Le nouveau statut des médecins en France et le Code de Déontologie. » *Bulletin Méd.,* 2-9 août 1941.

VERGER (Henri). — « Convient-il de créer un Ordre des médecins ? »*Journ. de Méd. de Bordeaux,* 10 juil. 1923.

— *Précis de Déontologie médicale.* Doin, Paris, 1921.

X... — « Code de Déontologie de la Confédération des Syndicats médicaux français. » Texte intégral *in Méd. de France,* 15 oct. 1936.

— « L'organisation des syndicats médicaux. » *Méd. de France,* n° 11 spéc., mai 1937.

— « L'Ordre des médecins. » *Journ. de Méd. de Bordeaux,* 30 avril 1933.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS 1

CHAPITRE I. — *De l'évolution du problème de l'Ordre des Médecins* 2

La loi du 7 octobre 1940 9

CHAPITRE II. — *De la nature juridique de l'Ordre* 15

CHAPITRE III. — *De la composition de l'Ordre* 20

CHAPITRE IV. — *Des attributions administratives de l'Ordre*.... 28

Section I. — Du tableau 28

Des conditions légales et réglementaires d'inscription au tableau 32

Des conditions de moralité 32

De la procédure 37

De l'honorariat 39

Des dispositions complémentaires de la loi du 26 mai 1941. 39

Conclusion 40

Section II. — Attributions administratives diverses :

Du Conseil départemental 41

Du Conseil supérieur 43

CHAPITRE V. — *Des attributions disciplinaires de l'Ordre* 47

De la juridiction disciplinaire du Conseil départemental.. 54

De la juridiction disciplinaire du Conseil supérieur..... 62

Des peines disciplinaires 63

Conclusion 72

CHAPITRE VI. — *Du Code de Déontologie* 74

Titre I. — Devoirs généraux du médecin 76

Titre II. — Devoirs du médecin en clientèle libre 86

Titre III. — Du secret professionnel 93

Titre IV. — Médecine sociale et médecine collective 111

Conclusion 115

BIBLIOGRAPHIE 119

Imprimerie BIÈRE, 18, rue du Peugue, Bordeaux — 1942.